1883-1884 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX No 25.

DU POINT DE COTÉ

DANS

LA PLEURÉSIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et publiquement soutenue le 8 Juillet 1884

PAR

J.-OCTAVE AUDUBERT

Né à Pujols (Gironde), le 30 Octobre 1859

Noms des Examinateurs :

MM. VERGELY, Professeur, *Président.*
LANELONGUE, id.
PIÉCHAUD, Professeur agrégé.
RONDOT, id.

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. BONNOT
30 — place Pey-Berland — 30

1884

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549617_0033

1883-1884 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 25.

DU POINT DE COTÉ

DANS

LA PLEURÉSIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et publiquement soutenue le 8 Juillet 1884

PAR

J.-OCTAVE AUDUBERT

Né à Pujols (Gironde), le 30 Octobre 1859

Noms des Examinateurs

MM. VERGELY, Professeur, *Président.*
LANELONGUE, id.
PIÉCHAUD, Professeur agrégé.
RONDOT, id.

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. BONNOT
30 — place Pey-Berland — 30

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

	Messieurs :
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	MICÉ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie générale	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DENUCÉ. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique	BADAL.

PROFESSEURS AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. ARNOZAN.	MM. DUDON.	MM. TESTUT.
RONDOT.	DEMONS.	CARLES.
LANDE.	PIÉCHAUD.	PÉRIER.
ARTIGALAS.	LAGRANGE.	BLAREZ.
BOURSIER	PLANTEAU.	BERGONIÉ.
LEFOUR.		

MAITRES DE CONFÉRENCES :

Physique.....	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle..	MM. PÉRIER.
Chimie.....	CARLES.	Accouchements...	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES :

Clinique méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ	Maladies vénériennes.	MM. VENOT.
Clinique chirur. des enf..	BITOT.	Maladies mentales...	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGELY

A MES ANCIENS CHEFS DE SERVICE

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

ET

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

PRÉFACE

La douleur a été de tous temps un des symptômes le plus apparent et le plus manifeste de la pleurésie.

Avant l'immortelle découverte de Laennec, ainsi que nous le dirons plus loin dans l'Historique, la douleur ou point de côté, était le signe par excellence de la pleurésie.

Cependant les découvertes d'Avenbrugger et de Laennec montrèrent que la pleurésie la plus nette pouvait se montrer sans avoir été précédée de point de côté : nous faisons allusion ici à ces pleurésies à marche silencieuse qui méritent le nom de pleurésies latentes et qui ont été l'objet de mémoires intéressants dans ces dernières années.

Nous avons le désir d'analyser de près ce symptôme et de voir s'il ne fournirait pas quelques indications diagnostiques et pronostiques dans cette intéressante maladie.

Il nous semble, en effet, qu'on s'est contenté trop souvent d'enregistrer la douleur dans la pleurésie, sans savoir la corrélation qui existait entre cette douleur et la maladie.

La pleurésie est une maladie dont les signes doivent être soigneusement étudiés, parce qu'ils acquièrent tour

à tour une importance et une valeur de diagnostic considérable quand les signes pathognomoniques viennent à manquer.

Dans les pleurésies qui siègent entre la face inférieure du poumon et la face supérieure du diaphragme, la matité, l'égophonie, les vibrations thoraciques peuvent devenir impossibles à percevoir ; mais il existe une légère oppression, ou plutôt une douleur qui gêne la respiration, douleur qui a un caractère si spécial, qu'elle éveillera l'attention du clinicien sur la probabilité d'une pleurésie profonde cachée.

Ces considérations nous permettent d'espérer qu'on ne trouvera pas tout à fait dénué d'intérêt l'étude de la douleur dans la pleurésie.

Nous nous sommes demandé tout d'abord, si le point de côté était un phénomène constant de la pleurésie, quelle que fut sa forme, que nous ayons eu à faire à des pleurésies aiguës, sèches ou avec épanchements séreux, gélatiniformes, purulents ou hématiques.

Dans les cas que nous avons pu renconter, nous l'avons trouvé indifféremment dans tous les cas.

Mais avant d'entrer dans l'étude détaillée de la pathologie générale de la pleurésie, qu'on nous permette de dire, quelle avait été, avant la connaissance de l'auscultation et de la percussion, la valeur attribuée par les anciens pathologistes et cliniciens au point de côté.

Nous passerons rapidement en revue les auteurs anciens.

HISTORIQUE.

Notons d'abord que la pleurésie ou inflammation de la plèvre tire son nom de la douleur de côté qui en est ordinairement le symptôme capital.

Le mot (πλευριτις) dans le sens que lui donnait Hippocrate, signifie, à proprement parler, toute espèce de douleur, et surtout celles qui sont un peu fortes, persistantes et accompagnées de fièvre.

Les latins désignaient la pleurésie, *pleuritis*, de *passio pleuritica* (Cœsius Aurelianus).

Les anciens ne surent pas distinguer l'inflammation de la plèvre de celle du parenchyme pulmonaire, et confondirent toutes les douleurs de côté.

Ils paraissaient ne s'occuper dans les affections thoraciques, que de ce symptôme et de son traitement.

Nous voyons, en effet, qu'Hippocrate, dans ses aphorismes, conseille de donner aux malades qui ont de la *douleur pleurétique*, des embrocations.

Si la douleur, dit-il, ne cède pas, le médecin doit la résoudre ou par des évacuations alvines, ou par l'ouverture de la veine. Si ces moyens sont négligés, les malades succombent le septième jour, les uns pris de délire, les autres étouffés par l'orthopnée et le râle.

Les anciens donnaient à ces malades la dénomination de *frappés*, vu la rapidité de la mort.

à tour une importance et une valeur de diagnostic considérable quand les signes pathognomoniques viennent à manquer.

Dans les pleurésies qui siègent entre la face inférieure du poumon et la face supérieure du diaphragme, la matité, l'égophonie, les vibrations thoraciques peuvent devenir impossibles à percevoir ; mais il existe une légère oppression, ou plutôt une douleur qui gêne la respiration, douleur qui a un caractère si spécial, qu'elle éveillera l'attention du clinicien sur la probabilité d'une pleurésie profonde cachée.

Ces considérations nous permettent d'espérer qu'on ne trouvera pas tout à fait dénué d'intérêt l'étude de la douleur dans la pleurésie.

Nous nous sommes demandé tout d'abord, si le point de côté était un phénomène constant de la pleurésie, quelle que fut sa forme, que nous ayons eu à faire à des pleurésies aiguës, sèches ou avec épanchements séreux, gélatiniformes, purulents ou hématiques.

Dans les cas que nous avons pu renconter, nous l'avons trouvé indifféremment dans tous les cas.

Mais avant d'entrer dans l'étude détaillée de la pathologie générale de la pleurésie, qu'on nous permette de dire, quelle avait été, avant la connaissance de l'auscultation et de la percussion, la valeur attribuée par les anciens pathologistes et cliniciens au point de côté.

Nous passerons rapidement en revue les auteurs anciens.

HISTORIQUE.

Notons d'abord que la pleurésie ou inflammation de la plèvre tire son nom de la douleur de côté qui en est ordinairement le symptôme capital.

Le mot (πλευριτις) dans le sens que lui donnait Hippocrate, signifie, à proprement parler, toute espèce de douleur, et surtout celles qui sont un peu fortes, persistantes et accompagnées de fièvre.

Les latins désignaient la pleurésie, *pleuritis*, de *passio pleuritica* (Cœsius Aurelianus).

Les anciens ne surent pas distinguer l'inflammation de la plèvre de celle du parenchyme pulmonaire, et confondirent toutes les douleurs de côté.

Ils paraissaient ne s'occuper dans les affections thoraciques, que de ce symptôme et de son traitement.

Nous voyons, en effet, qu'Hippocrate, dans ses aphorismes, conseille de donner aux malades qui ont de la *douleur pleurétique*, des embrocations.

Si la douleur, dit-il, ne cède pas, le médecin doit la résoudre ou par des évacuations alvines, ou par l'ouverture de la veine. Si ces moyens sont négligés, les malades succombent le septième jour, les uns pris de délire, les autres étouffés par l'orthopnée et le râle.

Les anciens donnaient à ces malades la dénomination de *frappés*, vu la rapidité de la mort.

Que la douleur survînt soit dès le début de la maladie, soit plus tard, on usait aussi de fomentations humides ou sèches, mais chaudes.

Hippocrate dit plus loin que, si la douleur est sus-diaphragmatique, il faut ouvrir la veine interne au pli du coude.

Si, au contraire, elle est bornée aux régions sous-diaphragmatiques, il faut procurer des évacuations alvines.

Or, nous voyons que ce qui préoccupe le plus Hippocrate, dans ses aphorismes, c'est la douleur de côté; mais il ne précise pas si cette douleur est dûe à une pleurésie ou à une inflammation pulmonaire.

Tantôt, il semble ne considérer que la pleurésie essentielle, lorsqu'il dit que « parmi les pleurésies, celles qui » sont sèches et sans crachats sont les plus difficiles à » guérir ».

Tantôt il paraît ne vouloir citer que des pleurésies diaphragmatiques, lorsqu'il parle de douleurs *situées à l'épaule*.

Mais le plus souvent, nous trouvons dans ses ouvrages la description de la pleuro-pneumonie. C'est bien, en effet, d'inflammation du parenchyme pulmonaire que veut parler Hippocrate, lorsqu'il dit de la douleur pleurétique, « qu'elle cesse aussitôt spontanément, quand une expectoration quelque peu considérable commence à s'établir»; et plus loin « dans les douleurs, chez les pleurétiques, il est avantageux que le ventre s'amollisse et que les crachats se colorent », « toute expectoration ne dissipant pas la douleur est mauvaise, la dissipant est avantageuse ».

Parmi les pleurétiques, dit Hippocrate, ceux dont les souffrances sont légères au début, mais redoublent le 5e ou 6e jour, vont plutôt jusqu'au douzième jour, mais n'en réchappent guère ; ils courent le plus grand danger le 7e et le 12e jour ; mais passant les deux septenaires, ils réchappent.

Cependant, si Hippocrate confond les douleurs intra-thoraciques, pleurétiques et pulmonaires, il distingue néanmoins d'autres douleurs de poitrine, telles que la pleurodynie et les névralgies, lorsqu'il dit dans son aphorisme de la Section III : « En hiver, on observe des pleurésies, des pneumonies, des enrouements, des rhumes, de la toux, des douleurs de *poitrine* et de *côté* : πανοι στηθεων και πλευρεων.

Nous retrouvons encore cette même distinction dans le Chapitre, où Hippocrate, en décrivant la pleurésie dans laquelle la douleur se fait quelquefois sentir dans le dos, maladie appelée autrefois par les anciens « *pleuritis dorsalis* », fait une différence entre cette dernière affection et le rhumatisme dorsal, qu'il décrit sous le nom de « *pleuritis ad dorsum* ».

Avec Hippocrate, Euriphon, Praxagore, Hérophile, etc., cités par Cœlius (livre IV, chap. XII), tous grands médecins de l'antiquité, ayant vécu 300 ans environ avant J.-C., vers la même époque qu'Hippocrate, placèrent aussi le siège de la douleur dans les poumons, ou, pour mieux dire, confondirent la pneumonie et la pleurésie.

Galien vint plus tard, et quoiqu'il ne sut pas établir nettement la distinction entre ces deux affections, il semble plus précis dans l'indication du siège de la pleu-

résie, lorsqu'il dit qu'on doit donner ce nom aux inflammations qui se développent sur la membrane qui recouvre les côtes et les muscles qui les revêtent. (*De locis, aff.*, liv. V, chap. III.) Aussi la douleur, dit-il, s'étend-elle jusqu'à la clavicule et le rebord des fausses côtes.

Il nous paraît encore plus explicite, lorsqu'il établit les signes pathognomoniques de la pleurésie, au nombre de cinq, à savoir :

1° Douleur piquante de côté ;

2° Fièvre aiguë ;

3° Difficulté de respirer ;

4° Pouls dur et entrecoupé ;

5° Toux fréquente.

Néanmoins, dans ses différents traités sur la pleurésie, Galien, tout comme Hippocrate, s'inquiète surtout du point de côté et des moyens de le faire disparaître.

C'est ce que nous fait remarquer Oribase, qui reproduit un texte tiré de Galien.

Si la douleur s'étend jusqu'à la clavicule, dit ce dernier, la maladie exige une saignée ; descend-elle jusqu'aux hypochondres, on doit purger.

Jusqu'à présent, ces indications sont absolument semblables à celles d'Hippocrate.

Cependant une douleur modérée et non pongitive ne réclame pas un traitement très actif.

Durant l'inflammation, Galien recommande des médicaments d'une force moyenne, réservant les médicaments plus forts pour la période du déclin.

Pour les remèdes contre les douleurs de côté, nous lisons :

πλευρων δε οδυνας ανευ πυρετων βδελλιον ιαται και κοστος. Le bdellium et le costus guérissent les douleurs de côté non accompagnées de fièvre. Nous employons contre les douleurs de côté et contre toutes les affections analogues des cendres de tiges de choux brûlées, auxquelles nous ajoutons de la vieille graisse, car ce médicament est capable de dissiper vigoureusement.

Galien dit plus loin : Quand dans la pleurésie, les applications chaudes ne dissipent pas la douleur, évacuez tout le corps, servez-vous des fomentations les moins dangereuses, c'est-à-dire, de celles qui n'ont aucune mordication et sont liquides : tel est le mélange d'huile et d'eau dans la vessie.

Après Galien, Eristrate et Asclépiade qui s'occupaient des maladies de poitrine, furent encore plus précis; ils rapportèrent la douleur de côté à la fièvre.

Celse dit, en parlant de la pleurésie, qu'elle est une maladie non-seulement locale, mais même générale, puisqu'il y a fièvre.

En somme, comme le point de côté avec fièvre, était pour la plupart des auteurs de l'antiquité, le caractère propre de la pleurésie, il en résulte qu'ils ont compris sous cette dénomination des pneumonies, des péricardites et même des myosalgies ou des névralgies intercostales.

Cependant, il est, parmi tous ces auteurs célèbres de l'antiquité, un médecin qui se rapproche de la vérité

encore plus que Galien, et qui semble avoir assigné à la pleurésie son véritable siège. Nous voulons parler d'Arétée.

Cet auteur donne certains préceptes qu'il est bon de connaître.

Il prétend que les pleurésies sont plus communes en hiver qu'en été, qu'elles sont plus fréquentes chez les vieillards.

Mieux qu'Hippocrate, Arétée, dans la distinction entre la pleurésie et la rachialgie, indique clairement les symptômes de l'une et l'autre maladie.

Si les pleurétiques, dit-il, passent le vingtième jour, et que leur santé soit affaiblie, ils ont un empyème.

Quand la maladie se transporte dès le quatorzième jour dans le poumon, les malades meurent asphyxiés.

Certaines pleurésies peuvent, par leurs douleurs, simuler le volvulus.

Celles, dit-il, qui succèdent aux affections pulmonaires, sont de beaucoup les moins salutaires.

Ainsi, nous le voyons, Arétée distingue nettement dans ses écrits l'inflammation de la plèvre de celle des poumons.

Cependant, malgré la précision de ces idées, nous constatons encore une certaine confusion, lorsqu'il dit de la *pleurésie*, qu'elle est une douleur de côté avec expectoration de crachats sanglants.

Par cette dernière phrase, Arétée veut probablement faire allusion à la pleuro-pneumonie.

L'opinion d'Arétée fut celle de Paul d'Eugine et d'Alexandre de Tralles.

Vainement ces trois auteurs assignèrent-ils à la pleurésie son véritable siège; leurs successeurs peu versés dans la culture de l'anatomie revinrent à l'ancienne opinion d'Hippocrate : ils confondirent, eux aussi, l'inflammation de la plèvre avec celle du parenchyme pulmonaire.

Et quoique Arétée eût dit que la douleur très vive dans la pleurésie, était presque nulle dans la pneumonie (*affert plus periculi quam doloris pneumonia*) ; il nous faut néanmoins arriver à une époque très rapprochée d'Andral pour trouver des notions précises sur le point de côté.

Si l'on parcourt le *Sepulcrum anatomicum* de Th. Bonet, on sera surpris des idées bizarres émises sur la douleur pleurétique et surtout sur les adhérences; Morgagni lui-même les considérait comme une cause de mort subite.

Van Helmont avait une idée si peu nette de la pleurésie, qu'il regardait la saignée comme un remède mortel de cette maladie.

Borheave nous fait observer qu'il y a deux sortes de pleurésie avec point de côté, l'une sèche, l'autre humide.

Hoffmann et Sydenham croient que, dans la vraie pleurésie, le poumon est aussi affecté, et que, dans cette maladie, la fièvre est aiguë.

En résumé, dit Sydenham, après avoir examiné les différents symptômes de la pleurésie, je crois qu'elle n'est autre chose qu'une fièvre provenant d'une inflammation particulière du sang, et par laquelle la nature dépose la matière morbifique sur la plèvre et quelquefois sur les poumons: dans ce dernier cas, nous avons une péripneu-

monie, maladie qui, selon moi, ne diffère de la pleurésie qu'en ce que l'inflammation est plus grande et plus étendue.

La douleur qui accompagne la péripneumonie est tensive, obtuse et pesante, plutôt qu'aiguë et s'étend jusqu'au dos et aux épaules.

Comme Sydenham, Van Swietten, Pierre Servius confondent la pneumonie et la pleurésie.

Cullen et Portal font la même erreur.

Stoll, comme tous ses contemporains, ne sait pas, non plus, quel siége donner au point de côté.

Une des maladies qui fixa le plus son attention, c'est la pleurésie rhumatismale.

Le commencement de cette maladie, disait Stoll, est rarement accompagné de frisson ; s'il se fait ressentir, il est léger et de peu de durée, tandis que la vraie pleurésie est souvent annoncée par un frisson violent qui dure plusieurs heures.

Les malades ressentent la douleur de côté en même temps que ce léger frisson, tandis que dans la pleurésie véritable, ils n'éprouvent le point de côté que plusieurs heures après le frisson, et un seul vésicatoire suffit pour dissiper cette douleur.

Stoll rapporte plus loin un passage de Pringle (édition allemande), dans lequel, ce dernier parle de certains malades chez qui « la douleur pleurétique s'étendait de telle sorte, qu'elle présentait l'aspect d'une inflammation des viscères abdominaux. On appliquait des vésicatoires et la douleur était dissipée ».

Nous trouvons encore dans les pathologies de Stoll, des

textes tirés de Baglivi, où ce dernier auteur s'occupe principalement des pleurésies *occultes*, de celles que nous nommons actuellement *pleurésies latentes* : mais Baglivi nomme indifféremment ces maladies ou pleurésies ou péripneumonies.

Ces pleurésies, dit Baglivi, sont souvent *occultes*, parce qu'elles ne sont point douloureuses, ce qui fait commettre beaucoup d'erreurs dans la pratique. Un moyen de reconnaître ces pleurésies cachées, c'est de faire tousser le malade, ou de l'inviter à faire une forte inspiration ; si en toussant ou en respirant, il ressent une douleur dans la poitrine, « soyez persuadé, dit Baglivi, qu'il a une de ces pleurésies occultes ».

Stoll prétend aussi que la négligence qu'on apporte au traitement de ces pleurésies, produit plus de phthisiques que les inflammations les plus actives du poumon, et que ces inflammations *occultes* sont la cause la plus fréquente des vomiques.

En somme, la plupart de ces auteurs ne savent quel siège attribuer au point de côté, et Laennec lui-même, quoique ayant parlé de l'inflammation de nerfs intercostaux, tombe dans l'erreur lorsqu'il parle de névralgies pulmonaires.

Malgré toutes les recherches faites depuis l'époque de Triller, de Haller et de Morgagni sur le siège de la douleur de côté, on voit encore Hufeland regarder comme pleurésies chroniques des pleurésies qu'il dit être rhumatismales, hémorrhoïdales, pulmonaires, etc. Pour lui, il est évident que pleurésie est une expression à peu près synonyme de douleur de côté.

Pinel est le premier à qui revient l'honneur d'avoir séparé la pleurésie de la pneumonie.

Après lui viennent Laennec, Piorry, Chomel, Louis, Cruveilhier, Hirtz, qui nous ont éclairé sur l'origine du point de côté.

Mais c'est à Andral que revient surtout l'honneur d'avoir décrit le point de côté sous ses véritables formes et de lui avoir assigné la place qui lui convenait.

Maintenant que nous connaissons toutes les théories émises jusqu'à ce jour sur la nature de la douleur pleurétique et sur sa valeur diagnostique, examinons attentivement ce qu'en disent les praticiens de notre époque et quelle place ils lui assignent.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Et d'abord, dans quel organe devons-nous placer le siège du point de côté? est-ce dans les muscles des parois thoraciques, dans les nerfs, dans la plèvre ou dans le poumon? Quelle est la partie la plus affectée?

Le point de côté est-il dû à de la pleurodynie?

La pleurodynie est une affection rhumatismale portant son action sur les muscles grand dentelé, pectoraux, pouvant même s'étendre aux muscles intercostaux, à leur aponévrose profonde, voire même à la plèvre.

La pleurodynie est une affection habituellement sans réaction fébrile, étendue en masse, exaspérée par la pression et le massage des paquets musculaires.

Andral disait, à propos d'un malade atteint de pleurésie, lequel avait un point douloureux à l'épaule, qu'il ne pouvait croire à une simple douleur rhumatismale, comme son siège paraissait l'indiquer, parce que cette douleur avait été précédée d'un frisson intense.

Et c'était par l'absence ou la présence du frisson initial que Stoll cherchait à distinguer dans beaucoup de cas un rhumatisme fixé sur les parois thoraciques, avec toux et fièvre, d'avec une véritable pleurésie.

Ce grand observateur disait aussi qu'on pouvait tirer de la langue un caractère distinctif, laquelle est humide dans le rhumatisme et sèche dans l'inflammation pleurale.

Dans la pleurodynie intense, les malades ressentent la douleur de côté en même temps qu'un léger frisson, tandis que dans la pleurésie véritable, ils n'éprouvent le point de côté que plusieurs heures après le frisson.

Si nous ne trouvons pas dans la pleurodynie une explication suffisante du point de côté, remarquons toutefois que la pleurodynie existe fréquemment avec la pleurésie et qu'elle peut même être la seule cause de la douleur.

Est-ce dans le poumon que nous trouvons l'explication du point de côté?

Jusqu'à une époque très rapprochée d'Andral, on voit les médecins incertains si la douleur aiguë, pongitive de la pleurésie n'est pas plutôt le résultat de la phlegmasie même du tissu pulmonaire.

Leroux, dans son *Cours sur les généralités de la Médecine pratique*, semble placer le siège de la douleur dans le poumon, quand il dit que « la douleur est plus ou moins étendue, selon que la phlegmasie pulmonaire est elle-même plus ou moins développée ».

Mais nous savons actuellement que les poumons sont trop peu sensibles, et que les expérimentateurs qui ont labouré cet organe avec des instruments tranchants sur des animaux, leur ont arraché à peine quelques cris, tandis qu'ils paraissaient souffrir davantage dès qu'on leur irritait les parois thoraciques.

Ces expériences nous prouvent suffisamment que le poumon n'est pas le siége de la douleur.

Du reste, il y a longtemps qu'Arétée avait dit dans le 2e livre de son *De causis et Signis acutorum morborum*

que la douleur, nulle dans la pneumonie, est vive dans la pleurésie.

« *Dola vocat sisolus inflammetur pulmo. Is enim, naturaliter doloris expers es.* »

Les malades atteints de pneumonie n'éprouvent qu'une sensation de gène et de malaise : « *pectoris subest gravitas* ».

Andral, depuis, est venu confirmer cette opinion d'Arétée, dans ses Cliniques médicales.

La douleur, dit-il, n'existe dans la pneumonie que lorsqu'il y a en même temps pleurésie.

Est-ce dans la plèvre que se trouve le siège de la douleur?

Certains, parmi les anciens, attribuaient le point de côté à l'inflammation de la plèvre, d'autres à une sensibilité anormale exagérée dûe à l'inflammation d'une surface aussi étendue que la plèvre.

Andral lui-même disait qu'il faut attribuer à l'inflammation de la plèvre, le point de côté qui marque le début de la plupart des pneumonies, de même que les douleurs qui se manifestent dans le cours de la phthisie.

Mais nous savons que la plèvre, comme toutes les séreuses, possède une sensibilité très obtuse. Beaucoup d'anatomistes ont même prétendu que les séreuses n'avaient pas de filets nerveux.

Néanmoins, il est à peu près démontré aujourd'hui par Ch. Robin, que les séreuses reçoivent des fibres ou tubes nerveux, écartés les uns des autres par des intervalles qu'on peut fixer en moyenne à un millimètre environ.

Les faisceaux nerveux, qui donnent ces fibres, sont si petits, qu'ils n'ont, en réalité, jamais pu être vus sans l'emploi du microscope.

L'opinion est donc très discutable, et malgré la sensibilité que ces tubes nerveux peuvent donner à la plèvre, cette sensibilité est trop faible pour donner lieu à une douleur aussi aiguë que celle de la pleurésie.

Et si la plèvre, d'après cette dernière assertion, peut revendiquer quelques droits à l'étiologie du point de côté, nous constatons que ces droits sont tellement petits, que nous sommes obligés de porter nos regards sur d'autres organes : nous voulons parler des *nerfs* intercostaux.

Laennec, déjà, tout en admettant dans les maladies de la poitrine l'existence d'une névralgie pulmonaire, avait aussi entrevu les lésions nerveuses si bien étudiées depuis par Beau et Bouillaud.

Ce savant observateur dit dans son *Traité de l'auscultation médiate*, qu'il n'est pas rare de trouver des sujets qui, sans présenter aucun signe physique ou autre d'une maladie organique quelconque du poumon, éprouvent, dans l'intérieur de la poitrine, de vives douleurs quelque fois très aiguës, intermittentes ou continues; quelquefois, elles se répandent sur la poitrine, en suivant le trajet des nerfs intercostaux, des nerfs thoraciques antérieurs, du plexus brachial et des branches qui en naissent.

« Il me semble, ajoute Laennec, qu'au caractère de ces douleurs, on ne peut méconnaître des névralgies, affections dont le siège est bien certainement dans les nerfs, puisqu'elles en suivent le trajet. »

L'autopsie, cependant, ne lui a donné que des résultats bien variables. Tantôt il n'a trouvé aucune lésoin notable du nerf affecté ; quelquefois, il l'a trouvé atrophié, d'autres fois, plus volumineux que dans l'état naturel. Dans quelques cas rares, on a vu, dit Laennec, le névrilemme rougi par l'injection de ses vaisseaux ; on l'a trouvé entouré d'une matière gélatiniforme, transparente, sans aucun caractère d'inflammation, et enfin quelquefois, mais très rarement, on l'a vu infiltré de pus.

Requin, dans ses *Eléments de pathologie médicale*, année 1863, après avoir commenté ce passage de Laennec, se demande si la névralgie intercostale ne donne pas l'explication suffisante des symptômes attribués à cette prétendue névralgie pulmonaire.

Bouillaud, dans un article publié dans le *Journal hebdomadaire* (1834), a démontré que ce n'est pas dans la plèvre qu'il faut chercher la douleur, mais dans les nerfs du *sentiment* qui rampent sous cette séreuse, au milieu du tissu cellulaire lamineux qui le tapisse à l'extérieur.

M. Piorry est arrivé aux mêmes conclusions, et attribue la douleur aux nerfs des parois thoraciques comprimés par suite de la phlegmasie ou par l'épanchement.

Ces deux auteurs arrivent à considérer le point de côté comme étant l'expression d'une névralgie intercostale.

M. Beau, au contraire, démontre dans un mémoire que la douleur est due à l'inflammation des nerfs intercostaux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-pleural, et est déterminée par les mouvements des côtes, mouve-

ments dont l'étendue est plus considérable vers le sixième et septième espace intercostal.

L'étude des névrites date de Laennec.

Cependant en 1762, cette inflammation des nerfs était mise en doute par Boerhave entre autres : *Nemo forte unquam vidit inflammationem in nervo*, dit cet auteur; *hæc vero si contigat, in sola tunica vaginali hæret* (*Prælect. aed., de morb., nervorum.* Venise, 1762, in-8°, 2 vol.).

Mais, en 1824, plusieurs observateurs, et Martinet entre autres, avaient désigné cette phlegmasie sous le nom de *Névrilémite* ou névrilite.

Sans vouloir prétendre, dit Tripier, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, avec certains auteurs, et en particulier Remak et Benedikt, que la névrite soit fréquente et qu'elle puisse être constatée dans la plupart des maladies désignées sous le nom de névralgies ou de névroses, on peut admettre cependant qu'elle pourrait être plus fréquemment reconnue, si l'on étudiait avec plus de soin les symptômes que présentent certains états morbides classés sous le terme de *névralgies* et de *névroses*.

Cependant la pathologie expérimentale ne réalise que très rarement les conditions nécessaires à l'évolution de la maladie.

C'est en vain que par des traumatismes divers, Vulpian, Weir Mitchell, Charcot, ont essayé de déterminer des névrites ; ils n'ont jamais obtenu une véritable névrite suppurative au delà des points soumis à la violence expérimentale.

Cependant les névrites existent et sont le plus souvent secondaires, et succèdent à l'inflammation d'organes situés dans le voisinage d'un nerf.

La névrite aiguë se caractérise par la rougeur, le gonflement du nerf et l'exsudation séreuse de tissu conjonctif périfasciculaire. Il n'est pas rare, après avoir fendu la gaîne lamelleuse, de voir l'hyperhémie des vaisseaux intrafasciculaires et parfois des hémorrhagies punctiformes.

Plus tard, si l'inflammation est intense, le nerf se ramollit, il peut même y avoir dégénérescence graisseuse.

La douleur, dans la névrite, s'exaspère toujours par une pression exercée sur le trajet du nerf malade.

Mais les nerfs pouvant être douloureux à la pression, sans être enflammés, il faut rechercher un symptôme qui puisse caractériser la névrite.

Ce signe, Baerwinkel croit l'avoir trouvé en étudiant le sens de la transmission douloureuse. La transmission centripète de la douleur devrait être considérée comme un caractère pathognomonique de la névrite, car elle prouverait l'excitation des *nervi-nervorum*, et par conséquent, l'inflammation du névrilemme.

Il faut toutefois faire observer que très fréquemment dans les névrites, les douleurs spontanées ou provoquées par la pression se propagent exclusivement dans une voie périphérique. Lors donc que dans une maladie du système nerveux périphérique, la douleur à la pression pourra être constatée sur tout le trajet du nerf et non-seulement en des points déterminés, on devra, sans qu'il faille cependant rien affirmer, croire qu'il existe une névrite.

Nous avons vu tout à l'heure que la névrite succède à l'inflammation d'organes situés dans le voisinage d'un nerf.

Bien que l'affirmation de Beau, sur la névrite intercostale dans la pleurésie, soit exagérée, on peut admettre que la névrite s'observe parfois dans ces circonstances (Schrœder van der Kolk, Wundt), comme les névrites du plexus carviaque sont la conséquence de lésions du péricarde et de l'aorte (Peter), de même qu'on a pu voir des névrites survenir dans les membres lorsqu'il existe un foyer d'inflammation.

Maintenant que nous avons étudié les névrites, voyons ce qu'en pense Beau, au point de vue de la douleur pleurétique.

Le point de côté, dit-il, n'est que la douleur qui occupe l'extrémité périphérique ou sternale du nerf intercostal, et cette douleur est ainsi excitée à l'extrémité périphérique ou sternale du nerf par l'inflammation qui s'est étendue de la plèvre au nerf, bien que le point enflammé du nerf soit ordinairement à une distance assez considérable de son point périphérique ou sternal.

L'inflammation occupe ordinairement toute la partie du nerf qui touche la plèvre, mais elle ne s'étend pas plus loin, c'est-à-dire, qu'on ne la retrouve plus à partir de l'angle de l'omoplate, dans les divers points où le nerf est séparé de plèvres par le muscle intercostal externe.

Les cordons nerveux sont souvent très rouges, plus volumineux que les cordons sains : ils ne sont ni plus mous, ni plus friables, quelquefois adhérents à la portion de la plèvre avec laquelle ils sont en contact.

Il y a, dit Beau, plusieurs nerfs enflammés, mais celui qui fait éprouver la plus vive douleur en obscurcissant les douleurs moins vives que la sienne peut faire croire au malade que le point pleurétique est limité à un seul espace intercostal.

Mais il est facile de faire plusieurs objections à la théorie de Beau.

D'abord, la douleur est presque toujours limitée au même point.

Ensuite, l'inflammation ne siège certainement pas toujours à la même place, et, d'ailleurs, la mobilité du thorax étant générale, la douleur devrait être en rapport avec l'étendue des mouvements dans les différents points affectés, et cela n'a pas lieu.

Une sérieuse objection que Grisolle, dans sa pathologie interne, fait à la théorie de Beau, c'est que le plus souvent, quelle que soit la terminaison de la maladie, la douleur cesse, tandis que l'altération anatomique persiste, s'aggrave, et souvent se généralise.

Rien de pareil n'a lieu dans la névrite véritable, où la douleur constitue un des symptômes les plus opiniâtres.

Grisolle, dans ses autopsies, a bien trouvé le névrilemme rouge, mais il n'y avait, en même temps, aucune altération dans le volume ni dans la consistance du cordon nerveux.

Ce dernier auteur croit qu'il y a plutôt une de ces rougeurs par imbibition si fréquentes au pourtour des parties enflammées.

Malgré les nombreuses objections faites à la théorie de

Beau, et en considérant le diagnostic différentiel entre la névralgie et la névrite, nous pensons que le plus souvent la pleurésie s'accompagne de névrite.

Car, en effet, la névralgie présente le plus souvent des intermittences pendant lesquelles aucune perception douloureuse n'a plus lieu. Dans la névrite, au contraire, la douleur, parfois un peu engourdie, s'exaspère par les mouvements de la toux, les efforts, mais ne cesse pas complètement.

Or, dans la pleurésie, la douleur est le plus souvent continue, et n'a pas de ces rémissions complètes, comme dans la névralgie. Elle peut bien diminuer, mais elle n'en existe pas moins jusqu'au moment où l'application d'un révulsif sera venue la faire disparaître.

Or, nous avons déjà vu plus haut que, pour qu'il y ait névrite (Baerwinkel), il faut que, par la pression, la douleur n'ait pas lieu seulement sur le point déterminé, mais dans tout le trajet.

De plus, dans la névrite, on constate une anesthésie cutanée, tandis qu'il y a hyperesthésie dans la névralgie: et en effet chaque fois que nous avons assayé de piquer légèrement la peau, sur des pleurétiques, nous n'avons déterminé chez eux aucun réflexe, aucune sensation désagréable.

Malgré toutes ces considérations, la description que font les pleurétiques eux-mêmes du point douloureux, varie dans de si grandes limites, que, à l'exemple de Walshe, nous sommes obligés d'admettre que le mécanisme de sa production diffère; et que cette douleur peut être ou une

névralgie, ou une névrite, ou une pleurodymie, ou que ces trois lésions peuvent exister ensemble.

Et, en effet, tantôt, comme dans la pleurodymie, nous trouvons que la douleur siége sur une étendue de la largeur de la main, qu'elle est diffuse, en nappe, et n'a pas de foyer précis, comme dans la névralgie, et qu'elle est provoquée lorsqu'on saisit à pleine main les masses charnues de la paroi thoracique.

Tantôt, comme dans la névralgie, elle se montre, quoique très rarement, avec des formes variées, telles que l'intermittence, et l'existence des points douloureux décrits par Valleix.

Tantôt, comme dans la névrite, elle suit le trajet du nerf intercostal.

En résumé, nous voyons que la pleurésie peut retentir sur d'autres organes que les nerfs, tels que les muscles, le poumon, voire même le péricarde comme chez Mirabeau.

Le cœur est déplacé.

Le nerf phrénique, dans la pleurésie aiguë, est aussi atteint, d'où vient cette douleur qui peut être portée jusqu'à l'angoisse et simuler une angine de poitrine.

On trouve encore dans ces douleurs la cause de certaines morts subites (pleurésies et péricardites) signalées par Thibierge et Legendre, lesquels l'expliquaient par la syncope qui n'existe pas toujours. Elles s'expliquent mieux par une action réflexe dérivant d'une névrite localisée et se portant sur les nerfs de la respiration, le pneumo-gastrique, le spinal et les nerfs moteurs.

La douleur elle-même peut être cause de mort, car le

système nerveux ne saurait être trop longtemps surmené sans s'épuiser, comme cela arrive dans certaines coliques hépatiques, dans des brûlures étendues. La douleur est quelquefois pénible, même dans des pleurésies légères comme chez certaines hystériques prises de phénomènes de nervosisme, et chez lesquelles les autres symptômes ne sont pas bien accusés.

C'est cette douleur qui, dans les pleurésies, alors même que l'épanchement ne serait pas considérable, occasionne cette toux sèche et constante, cette dyspnée, cette oppression, cette anxiété et cette angoisse.

Comment ce point de côté occasionne-t-il cette toux sèche et quinteuse?

De même, dit Peter, qu'il y a des toux pulmonaires, gastriques et vermineuses, par irritation des filets nerveux du pneumo-gastrique, de même l'irritation de la plèvre se transmet pariétalement aux nerfs intercostaux et phrénique, et viscéralement encore au pneumogastrique.

L'irritation des nerfs intercostaux et phrénique ne fait pas tousser, c'est donc par excitation des filets terminaux du pneumogastrique que le pleurétique tousse.

Ainsi tout malade qui change brusquement la position couchée par la position assise tousse aussitôt d'une façon quinteuse, parce qu'il a déplacé une couche de liquide qui s'en vient irriter les filets du nerf vague.

La douleur dans la pleurésie, est encore, dans le début de cette affection, la principale cause de la dyspnée.

Nous savons que plus le malade dilate sa poitrine, plus il fait d'inspirations profondes, plus il souffre.

Pour éprouver le moins de douleur possible, il est obligé de modérer les mouvements de sa respiration et de de ne leur donner qu'une étendue très limitée.

Et ce qui nous prouve que le point de côté est une des principales causes de la dyspnée, c'est que dans ces pleurésies, dites latentes, l'épanchement arrive à une telle abondance que, par la ponction, on retire plusieurs litres de liquide, et que, malgré la compression que ce liquide a exercée sur le poumon, le malade ne signale pas une grande gêne de la respiration.

DES DIVERS SYMPTOMES DU POINT DE COTÉ

DANS LA

PLEURÉSIE AIGUE

DU SIÈGE DE LA DOULEUR

Le siège du point de côté dans la pleurésie aiguë est des plus variables.

Laennec lui-même disait « qu'il peut se fixer dans quelque partie que ce soit des parois thoraciques ».

En général, nous le trouvons au-dessous du mamelon, soit dans le 6e, soit dans le 7e espace intercostal, mais le plus souvent dans le sixième.

Dans les diverses observations que nous avons recueillies soit dans Peter, Bouillaud, Trousseau, Andral, soit dans les notes de M. Vergely, ou encore dans les quelques observations que je soumets à la fin de ma thèse, nous trouvons les statistiques suivantes :

1° Cliniques d'Andral.

2° Trois pleurésies sèches.

Trois fois le point de côté est signalé au-dessous du mamelon.

9 pleurésies aiguës avec épanchement. Andral signale la douleur :

6 fois sous le mamelon.

1 fois dans tout le côté pleurétique et, la huitième fois, la douleur se trouvait localisée à la partie antérieure du thorax, entre le sein et la clavicule.

Andral signale encore quatre cas de pleurésies avec épanchements consécutifs à l'ouverture dans la plèvre, de tubercules ou de gangrène pulmonaires, ou encore d'épanchements sanguins.

Chaque fois la douleur est signalée dans toute l'étendue de la poitrine du côté malade.

Cliniques médicales de Bouillaud

Nous avons suivi dans cet ouvrage l'article *Pleurésie*, où nous avons recueilli vingt cas de pleurésies aiguës avec épanchement.

Chaque fois nous avons constaté la douleur, classée, quant à son siége, dans l'ordre suivant :

8 fois à quatre travers de doigt en dessous du mamelon.

5 fois au niveau du rebord des fausses côtes, ou à la base de la poitrine.

3 fois la douleur n'avait pas de siége précis et était répandue dans tout le côté de la poitrine.

2 fois à l'épigastre et dans le flanc.

1 fois dans la région lombaire.

1 fois dans l'hypochondre.

Cliniques de Trousseau

Sur 8 cas de pleurésie avec épanchement, nous constatons la douleur 6 fois.

Remarquons que Trousseau n'étudie dans son livre que ces pleurésies à marche lente, dites *latentes*, et dans lesquelles la douleur ne présente qu'un faible degré d'intensité. Elle n'a pas de siège bien précis ; elle est diffuse et paraît disséminée dans tout le côté affecté.

Il nous reste encore à signaler dans ses cliniques, 2 cas de pleurésie : l'une purulente chez une femme en état puerpéral et l'autre survenue à la suite d'un cancer de la plèvre.

Dans les deux cas, nous n'observons pas de siège bien précis.

Cliniques de Peter

Sur 4 cas de pleurésie aiguë nous trouvons la douleur :
3 fois au-dessous du sein.
1 fois sur tout le côté de la poitrine.

OBSERVATIONS

Prises par M. le professeur Vergely

Sur 23 cas de pleurésie aiguë, nous constatons :

17 fois le symptôme douleur.

13 fois sous le mamelon.

2 fois dans la région lombaire.

1 fois au niveau de l'hypochondre et 1 fois répandue à la hanche, à la région sacrée, à la face postérieure de l'articulation coxo-fémorale et même à la cuisse.

Enfin, d'après nos observations personnelles :

Sur 19 cas de pleurésies, nous trouvons la douleur :

15 fois dans le sixième espace intercostal.

1 fois à la base de la poitrine.

1 fois à la région épigastrique.

1 fois dans le flanc.

Enfin, nous la trouvons dans une dernière observation :

Généralisée à toute la paroi thoracique.

RÉSUMÉ DE LA STATISTIQUE

---

87 pleurésies :

59 fois localisées dans le 7^{e} espace intercostal.

11 fois, douleur étendue en nappe sur tout le côté de la poitrine.

5 fois au rebord des fausses côtes.

Quant aux autres pleurésies, elles n'ont pas de siège fixe.

D'après cette statistique nous voyons que le point de côté peut n'exister que dans le 6e espace intercostal et y être localisé ou bien s'étendre à différents endroits de la paroi thoracique.

Ainsi, un des cas qui se présente le plus fréquemment, c'est celui dans lequel la douleur siège en arrière dans le même espace intercostal.

Cela n'a rien qui doive nous surprendre, puisque la lésion n'a pas quitté le nerf malade.

Quelquefois, elle ne se montre que du côté sain, par suite, probablement, de la coexistence d'une pleurodynie.

Dans ces conditions, il arrive fréquemment que, lorsque la douleur existe de chaque côté, alors qu'une seule moitié de la poitrine est atteinte de pleurésie, le siège de la douleur du côté sain est symétrique au siège de la douleur du côté malade.

C'est là un fait curieux qui mérite d'être signalé, mais pour lequel aucune explication n'a encore été donnée.

Une observation que nous avons recueillie dans le service de M. Vergely, nous montre bien, en effet, que la douleur située du côté opposé à la lésion, est du rhumatisme, car cette douleur est moins limitée que lorsqu'il s'agit d'une névralgie ou d'une névrite.

La pression exercée indifféremment sur les côtes ou sur les espaces intercostaux augmente la douleur.

De plus, le malade ne paraît souffrir que lorsqu'on pince les parois musculaires.

Tandis que du côté opposé, c'est-à-dire du côté malade, il ne suffit pas d'une pression légère pour réveiller la douleur, il faut une pression plus profonde, par laquelle le doigt de l'explorateur va jusque sur le nerf intercostal.

Cette douleur, avons-nous dit, peut siéger dans différentes régions.

Walshe nous dit qu'elle peut être limitée à l'abdomen, sans qu'il y ait trace de péritonite et qu'elle est plus vive dans l'inspiration que dans l'expiration.

Cette douleur peut occuper également une des régions hypochondriaques, s'irradier vers l'épigastre, et quelquefois jusque dans le flanc correspondant; en un mot, douleur en ceinture qui suit les insertions du diaphragme.

Si nous lisons l'observation n° XV, nous pourrons remarquer que la douleur située à cinq travers de doigt en dessous du mamelon, s'étend en ceinture et comprime la poitrine, comme un anneau en fer la comprimerait ; cette douleur ressemble tout à fait à celle que nous voyons dans l'ataxie locomotrice.

Le malade qui a parfaitement conscience de la marche de la douleur, vous dira qu'il la sent se déplacer, se transporter d'un point à un autre, et se montrer en arrière, alors qu'elle disparaît devant.

Douleur, du reste, extrêmement mobile, se portant tantôt à l'angle de l'omoplate, tantôt dans la goutière costo-vertébrale, tantôt jusque dans le moignon de l'épaule.

Par leurs récits, tous ces nombreux malades, en vous indiquant les différents trajets que suivent leurs douleurs, vous font assister à la série de toutes ces douleurs par

propagation, par suite de toutes les anastomoses qui existent entre les filets nerveux.

Une observation prise par M. Vergely, vous mettra encore mieux sous les yeux les trajets plus ou moins irréguliers que peut suivre la douleur pleurétique, et les diverses places qu'elle peut occuper.

Un malade entra dans son service pour une pleurésie droite.

Il avait depuis un mois une douleur dans la hanche, se faisant également sentir à la pression dans la région sacrée et au niveau de la face postérieure de l'articulation coxo-fémorale, puis s'étant étendue jusqu'à la cuisse.

A son entrée, il présentait une douleur à l'abdomen, à l'épaule gauche, et jusqu'à la nuque.

Observation XIV.

Le malade présente également de nombreux points douloureux, qui sont :

1° Septième espace intercostal ;

2° A gauche, douleur au niveau du rebord des fausses côtes, suivant le trajet du nerf phrénique ;

3° A droite, douleur en ceinture, puis au niveau du foie et scapulalgie.

Dans la pleurésie aiguë, soit avec épanchement, soit sans épanchement, l'inflammation peut se propager à la portion de la plèvre qui revêt la face supérieure du

diaphragme, nous pouvons y constater d'autres sièges de la douleur.

Nous nous réservons de traiter cette question au chapitre de la pleurésie diaphragmatique.

L'irrégularité du siège de la douleur avait été constatée par Laennec ; en effet, nous lisons cette phrase écrite par lui, que « le point de côté peut se fixer dans quelque partie que ce soit des parois thoraciques. Il n'est même pas très rare de le voir passer à l'autre côté de la poitrine, sans qu'il y ait pour cela transport de l'inflammation, et même quelquefois, dès l'origine de la maladie, le point pleurétique est à droite et la pleurésie à gauche ».

Ainsi, en résumé, dans la pleurésie aiguë, nous voyons ce point de côté simuler ou une névralgie intercostale, ou une névralgie brachio-thoracique, se manifester le plus souvent au niveau du mamelon, mais bien souvent aussi apparaître dans le creux de l'aisselle, sous l'une ou l'autre clavicule, le long du sternum, au niveau des fosses sus et sous-épineuses de l'omoplate, et derrière le sternum dans la pleurésie médiastine, et dans ce dernier cas, simuler, à s'y méprendre, l'angine de poitrine.

DE SA FRÉQUENCE

—

Le point de côté est un des symptômes les plus constants.

Dans la pleurésie franchement inflammatoire, avec fièvre, à épanchement séro-fibrineux, il manque très rarement. Tandis que dans les pleurésies dites latentes, à épanchement séreux, et même séro-purulent, le point de côté peut bien ne pas exister.

Mais, en général, avons-nous dit, il existe, et il est un des symptômes les plus précoces de la maladie.

C'est lui qui met souvent le clinicien sur la voie d'une pleurésie à son début, et l'oblige à chercher de nouveaux symptômes, qui, sans la douleur, lui auraient échappé.

Si nous voulons nous convaincre de la fréquence de ce signe, nous n'avons qu'à suivre la statistique que j'ai puisée dans les divers auteurs que j'ai déjà cités plus haut.

Dans les cliniques d'Andral, sur 9 pleurésies aiguës avec épanchement, nous constatons 8 fois le point de côté.

Dans les cliniques de Bouillaud, sur 20 cas de pleurésies aiguës, 20 fois la douleur pleurétique est signalée.

Dans les cliniques de Trousseau, sur 8 cas de pleurésies avec épanchement, nous trouvons 6 fois la douleur.

Dans les cliniques de Peter, sur 4 cas de pleurésies, 4 fois la douleur.

Dans les observations prises par M. Vergely, sur 23 cas de pleurésies, nous constatons 18 fois la douleur pleurétique.

Enfin, sur les 19 observations qui se trouvent à la fin de la thèse, nous pouvons la constater 19 fois.

En somme, la douleur pleurétique manque très rarement, et cette statistique nous montre suffisamment combien elle est fréquente.

—

DE SA DURÉE

—

La durée du point de côté dans la pleurésie aiguë varie suivant les cas :

1° Selon l'abondance de l'épanchement;

2° Selon l'acuité de la fièvre;

3° Selon l'intensité des lésions concommittentes, telles que névralgies, pleurodynie, compression, etc.

Mais sa durée ordinaire varie entre trois et dix jours.

Précédé, en général, par le frisson, le point de côté disparaît presque en même temps que la fièvre.

Le plus souvent, une application de sangsues, de vésicatoires ou de ventouses, suffit à dissiper cette douleur, aussi intense qu'elle soit; et si une première application de révulsifs ne suffit pas à l'atténuer, la seconde la fera disparaître.

Mais si le malade néglige de se faire soigner, sa douleur, au lieu de ne rester que quelques jours, peut très bien durer dix à douze jours.

Remarquons, toutefois, que cette douleur n'a plus vers le dixième jour la même acuité qu'au début, et qu'à partir du troisième jour elle va en s'atténuant.

Les deux observations suivantes que je ne fais que citer viennent à l'appui de ce que nous avançons.

Observation V.

La douleur a persisté dix jours, jusqu'à l'application d'un vésicatoire.

Observation VI.

La douleur n'a duré que trois jours.

Mais il faut considérer que cette courte durée n'appartient qu'à la douleur aiguë, à celle qui arrache des cris au malade, et lui fait éprouver comme une sensation d'aiguilles qu'on lui implanterait dans les chairs.

Cette douleur, avons-nous dit, est celle de la pleurésie aiguë.

Car souvent, en effet, nous la voyons persister deux ou trois mois : mais, dans ce dernier cas, cette douleur sera disséminée, vague, n'incommodera que très légèrement le malade, et ne sera réveillée que par les fortes inspirations ou les efforts de la toux.

Cette douleur appartient à un genre tout spécial de pleurésies, celles qui débutent insidieusement, marchent lentement et promettent de durer longtemps.

Alors la douleur disparaît complètement, tandis que l'épanchement augmente et arrive à former jusqu'à sept à huit litres de liquide.

En général, lorsqu'une douleur tend à persister plusieurs mois, elle n'est pas continue pendant tout ce temps-là ;

elle est alors intermittente, c'est-à-dire survient brusquement, reste trois à quatre jours et disparaît quelquefois pendant sept à huit jours pour réapparaître de nouveau.

Les deux observations n^os^ XVII et XVIII que nous reproduirons, nous offrent un type tout à fait caractéristique de ce genre de douleurs.

Les deux malades cités dans ces observations sont venus à l'hôpital pour des épanchements tellement abondants que chez eux la pointe du cœur battait en dehors du mamelon droit; chez l'un une ponction a donné sept litres d'un liquide séro-purulent, chez l'autre cinq litres du même liquide.

Le début de la maladie remontait chez eux à deux ans. Nous les avons interrogés au point de vue de la douleur. L'un et l'autre nous ont répondu que la douleur, sans avoir été très violente, avait duré trois mois.

Cette douleur disparaissait quelquefois pendant huit jours pour apparaître ensuite.

Dans ces deux derniers cas et tous ceux qui leur ressemblent, si le point de côté persiste, il n'a plus de siège précis. Il semble au malade que toute la poitrine lui fait mal.

Les malades accusent de la douleur dans tous les espaces intercostaux.

Observation I.

Douleur aiguë, 4 jours; persiste moindre, 15 jours.

Le malade, se sentant mieux, sort de l'hôpital ; après

trois semaines passées en ville, la douleur revient étendue un peu partout et à peine appréciable.

En résumé, la douleur peut persister, comme elle peut ne se montrer que pendant un court instant: la durée du point de côté dépend surtout des allures plus ou moins vives de la pleurésie.

DE SES CARACTÈRES

et de ses divers degrés d'intensité.

La douleur pleurétique peut présenter tous les caractères qu'on assigne à la douleur en général. Hahnemann et ses disciples avaient su distinguer soixante et treize espèces de douleurs.

Elle peut être, en effet, tantôt une cuisson, tantôt une brûlure, tantôt une douleur pulsative.

Le plus souvent, c'est une douleur aiguë, lancinante, analogue à celle que donnerait un instrument pointu enfoncé dans les chairs.

D'autres fois, c'est une douleur térébrante, déchirante.

Elle peut être gravative, pongitive, donnant la sensation d'un gros poids qui comprimerait la poitrine.

Cette douleur est tantôt continue et ne s'exagère que dans les mouvements respiratoires ou dans les secousses de la toux ; tantôt intermittente, et ne se montre que par intervalles, provoquée seulement par la toux et les grandes inspirations.

Elle est exaspérée par le moindre frottement. La percussion l'augmente. Elle est une des principales causes de la dyspnée, car elle entrave à tel point chacune des inspirations des pleurétiques, qu'elle produit une respiration entrecoupée et saccadée.

Lorsque le dyspnée est médiocre, elle paraît, en effet, plutôt due à la douleur qui brise l'inspiration qu'à la compression du poumon par le liquide épanché, car elle cesse ordinairement après quelques jours en même temps que le point pleurétique.

Un malade, par exemple, arrive avec un abondant épanchement et une violente douleur : si nous lui appliquons quelques ventouses ou un vésicatoire, le point de côté aura disparu le lendemain ; le malade se sentira moins oppressé, il respirera relativement bien et cependant sa plèvre contient toujours la même quantité de liquide. Souvent même le liquide augmente et la dyspnée cesse.

Dans d'autres circonstances plus rares pour la pleurésie aiguë, la douleur est peu vive ; c'est à peine si le malade se plaint. Il faut y appeler son attention. Il éprouve à peine la sensation d'une constriction.

Dans tous les cas, le malade, pour calmer cette douleur, s'efforce de modérer sa respiration et d'éviter la toux.

La pression dans les espaces intercostaux, réveille cette douleur, et c'est même un moyen d'en constater le siège.

Nous avons déjà dit, au début de ce chapitre, que la douleur n'est pas continue. Notons également qu'elle

peut même disparaître complètement le jour pour reparaître la nuit.

Le point pleurétique, avons-nous dit, n'offre de degré de violence qu'à une époque très limitée de la maladie, à la période qui précède l'épanchement.

La connaissance de cette date nous amène à signaler deux préceptes que le médecin doit ne pas ignorer, à savoir :

1° Quand le malade entre à l'hôpital, on vient demander les soins d'un médecin, sa douleur ayant beaucoup diminué, et se sentant notablement soulagé, il peut ne pas attirer suffisamment l'attention du médecin sur la cause de son mal ;

2° Quand la douleur est violente au moment de l'examen, la percussion et l'auscultation ne donnent souvent que des signes négatifs.

Il est bon, nous le voyons, de signaler ces deux points qui peuvent éviter au médecin plusieurs erreurs. Ils lui montrent, en effet, qu'il ne saurait trop ausculter son malade, aussi bien au début qu'à la fin de la maladie.

A QUEL MOMENT DE LA PLEURÉSIE APPARAIT LE POINT DE CÔTÉ ?

C'est toujours au début de la maladie que l'on constate la douleur.

Ordinairement les choses se produisent de la façon suivante :

Le malade, par une cause quelconque, soit par refroidissement, soit par traumatisme, éprouve tout d'abord quelques frissons, ou même quelquefois un grand frisson comme dans la pneumonie, et quelques heures plus tard, ou même un jour, voire même deux jours après, une violente douleur le saisit et l'oblige à se mettre au lit.

Remarquons en passant, que les frissons précèdent presque toujours la douleur pleurétique.

Voilà donc ce qui se passe ordinairement dans la pleurésie aiguë.

Mais souvent aussi le début est loin de présenter des allures aussi vives. Car nous voyons fréquemment des malades qui ont quelques légers frissons, du malaise, de la lassitude, et un point de côté insignifiant, qui ne les empêchent pas de vaquer à leurs occupations, et ne montrent d'intensité qu'au moment d'un effort, d'une grande inspiration, ou de la toux, etc...

Puis, l'épanchement faisant son chemin, finit par envahir de plus en plus la plèvre, et un jour le malade plus fatigué qu'à l'habitude, vient réclamer des soins au médecin qui s'aperçoit, par un examen attentif, que la plèvre contient une quantité énorme de liquide.

Peter, dans ses cliniques, signale le cas d'un individu qui avait fait vingt-cinq kilomètres pour le consulter, et chez lequel il remarque un vaste épanchement.

Trousseau fait mention de deux cas tout aussi surprenants.

Qu'on nous permette encore de citer les deux malades de la salle 14 (hôpital Saint-André), dont j'ai déjà parlé et qui trouvent ici, de nouveau, leur place.

D'autres fois le point de côté, disparu depuis longtemps, réapparaît.

Souvent aussi, sans avoir disparu complètement, la douleur est restée à l'état latent, gênant à peine le malade; mais, quinze, vingt, trente jours après, alors que la guérison semblait approcher, de nouveaux frissons apparaissent, un nouveau point de côté survient. On entend, à l'auscultation, en plus grand nombre, des bruits de frottement, la matité s'étend; en définitive, tout le cortège d'une nouvelle pleurésie aiguë, d'une récidive.

L'observation I vient à l'appui de ce que nous disons :

Ex. : Le malade, après avoir gardé le lit pendant un mois, demande à sortir de l'hôpital. Il se promène pendant trois semaines, puis il est repris de violentes douleurs qui l'obligent à revenir à l'hôpital.

Or, nous le voyons, le point de côté est un symptôme fréquent de la période aiguë, et accompagne tous les signes du début de l'inflammation pleurale.

En même temps que la douleur, apparaissent la fièvre, la dyspnée, la toux, l'oppression, etc.

DU POINT DE COTÉ

Dans la pleurésie diaphragmatique.

La douleur, dans la pleurésie diaphragmatique, présente à peu près les mêmes symptômes que dans la pleurésie aiguë simple, c'est-à-dire qu'elle peut être ou plus ou moins intense, ou plus ou moins variable quant à sa fréquence ou à son début.

Mais pour son siège, elle en diffère tellement, et suit certains trajets si opposés, que nous avons cru devoir séparer la pleurésie diaphragmatique avec fièvre de la pleurésie ordinaire, de celle, enfin, que nous venons de traiter.

Nous diviserons d'abord la douleur en douleur locale et douleur par propagation, et celle-ci : 1° En douleur par propagation d'inflammation (douleur phrénique) et 2° en douleur par propagation de simple sensation (douleur sus-sternale).

La douleur locale siége au niveau de la 10e côte.

La situation à cet endroit est due peut-être à la mobilité plus grande des côtes qui détermine des froissements douloureux du nerf enflammé.

DOULEUR PAR PROPAGATION PHRÉNIQUE

Hippocrate en avait fait un signe grave de la pleurésie

diaphragmatique : *Metuendas esse illas, pleuritides, in quibus dolores sursum vergunt.*

On trouve également des douleurs cervicales qui ne sont que le siége d'une simple propagation sympathique, car les sensations dont la cause occupe le tronc d'un nerf peuvent bien être senties, comme si elles siégeaient à la périphérie *(anesthæsia dolorosa)* de Muller; mais l'inverse n'a pas lieu : une sensation qui se produit aux ramuscules terminaux d'un nerf, n'est pas rapportée au tronc du même nerf : la propagation se fait dans le sens centrifuge.

C'est probablement le long du névrilemme du nerf phrénique, que l'inflammation se propage jusqu'au voisinage du plexus cervical. Et, ce qui confirme cette manière de voir, c'est que le nerf est douloureux à la pression entre les attaches du sterno-mastoïdien, ce qui n'arriverait pas, s'il s'agissait d'une simple douleur sympathique.

DOULEUR PAR PROPAGATION DE SENSATION

Les douleurs sus-claviculaires sont d'un autre ordre.

Ce sont des douleurs réflexes qui suivent les divers rameaux du plexus cervical, surtout de la quatrième paire, principale origine du nerf phrénique, et qui se manifestent surtout au moignon de l'épaule, soit le long du bord externe du trapèze, quelquefois jusque dans les régions sus-scapulaire. Elles se développent par une réflexion de

sensation facile à concevoir, vu la proximité des origines nerveuses; les nerfs phréniques et acromio-thoraciques, branches d'un même plexus, naissant de la moelle très près les unes des autres.

Ces douleurs peuvent s'annoncer brusquement, avec violence, suivant le trajet que je viens d'indiquer, causant une dyspnée intense, de l'oppression et de l'angoisse : c'est là le cas le plus fréquent.

Mais il peut arriver aussi que le début soit plus insidieux; et c'est le cas que j'ai observé dans le service de M. le docteur Lande.

Le malade que j'examinai présentait, à son arrivée, tous les signes et les irradiations d'une névralgie diaphragmatique peu intense, mais rien à l'auscultation : il se plaignait, en même temps, de langueurs d'estomac.

Quinze jours après le début de la maladie, je constatai de la matité à la base de la poitrine, et des frottements.

Guesneau de Mussy indique un point qui serait le foyer de la sensibilité et qu'il appelle « bouton diaphragmatique ». Ce point est situé à l'intersection de deux lignes dont l'une continuerait la direction de la partie osseuse de la 10e côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum. Quand l'extrémité du doigt rencontre ce point, les malades jettent un cri.

La sensibilité peut être réveillée par la pression plus loin encore, vers la partie postérieure du dernier espace intercostal, près du vachis.

En outre, dit Guesneau de Mussy, en refoulant de bas en haut la région hypochondriaque, on produit, en géné-

ral, une douleur vive qui ne se manifeste pas quand on presse dans une direction inverse.

On constate de plus dans la pleurésie diaphragmatique surtout celle qui présente un certain état de gravité, que la face est gripée et, dans les cas les plus graves, agitée de mouvements convulsifs.

Portal et J. Frank expliquent ce fait par les anastomoses entre le nerf diaphragmatique et le nerf vague, et entre ce dernier et le facial qui distribue ses rameaux aux muscles des lèvres.

Cependant ni J. Frank, ni Andral, ni Guesneau de Mussy n'en font mention dans leurs observations.

Les vomissements sont assez fréquents; ils sont dûs à une action réflexe, si les anastomoses entre le phrénique et le pneumogastrique existent, comme le pense Haller.

DE LA DOULEUR

Dans les pleurésies latentes.

Il y a des pleurésies qui, sans avoir aucune tendance bien marquée à la purulence, sans provenir d'aucune lésion déjà ancienne ou des plèvres, ou des poumons, ont une marche différente de celle que nous avons constatée dans la pleurésie franchement aiguë.

A la suite d'un refroidissement, ou même sans cause déterminante bien appréciable, dit Trousseau, un individu est pris de frisson, de malaise d'inappétence, de courbature; il ressent un point de côté peu violent; ce point de

côté peut même manquer: il a pendant quelques jours une petite toux sèche : son épanchement pleurétique devient considérable, sans trop le gêner.

C'est bien là le cas cité dans les Cliniques de Trousseau.

Une jeune fille fut prise d'un point de côté, qui fut assez violent la nuit qui succéda son invasion. Ce point de côté dura peu. La malade continua à travailler pendant sept semaines jusqu'au moment où ayant ressenti des frissons, elle se vit obligée de rentrer à l'hôpital.

Cette malade avait manifestement les symptômes d'un vaste épanchement, car la pointe du cœur battait à droite.

Ainsi, cette jeune fille présentait les signes de ces pleurésies dites *latentes* , chez lesquelles la fièvre est nulle, le point de côté à peine sensible, et la respiration bonne.

Et ce qu'il y a de plus remarquable, dit Trousseau, c'est que ces pleurésies, en quelque sorte latentes, donnent lieu aux épanchements les plus excessifs.

Trousseau raconte encore, dans ses Cliniques, l'histoire d'une nourrice qui, en 1845, vint à pied, portant sur elle un enfant de la pointe Ste-Eustache où elle demeurait, jusqu'à l'hôpital Necker, ayant ainsi fait 4 kilomètres sans éprouver une grande fatigue. Elle avait cependant un épanchement si considérable, qu'à son entrée, Trousseau jugea la paracentèse indispensable et qu'il retira 2,500 grammes de liquide.

N'avons-nous, pas, dans nos observations (n° 17 et n° 18) deux cas frappants de ces pleurésies, dites latentes ?

Dans ces deux observations, nous y voyons les malades porter des épanchements de sept à huit litres, d'un liquide séro-purulent.

Le début de leur maladie remonte à deux ans.

Malgré l'abondance de cet épanchement, ils n'ont jamais eu, au début, de violent point de côté.

Ces pleurésies latentes sont souvent la manifestation de la diathèse tuberculeuse,l'expression d'une phthisie commençante. Ainsi que Stoll l'avait signalé depuis longtemps : *Est pleuritis latens, sœpe chronica, non raro hæreditaria, tumque in phthisis terminanda.*

Nous voyons, par tous ces exemples, que ces pleurésies ne viennent que sur un organisme affaibli ; tandis qu'un individu doué d'une bonne santé aura une pleurésie franchement aiguë avec un point de côté intense.

Douleur dans les Pleurésies

Chroniques, simples et purulentes

En traitant du point de côté dans la pleurésie aiguë, nous n'avons eu sous nos yeux que des personnes robustes, douées d'une constitution assez forte, chez lesquelles la maladie a suivi un cours régulier.

Mais tout ne se passe pas toujours ainsi, et un grand nombre de malades atteints de pleurésie sont souvent sous le coup d'une diathèse quelconque, telle que la scrofule, la tuberculose, l'arthristime, ou bien encore ils sont usés

par l'abus de l'alcool, ou par des privations et des fatigues excessives.

Toutes ces personnes ont, en un mot, leur santé délabrée par cette sorte de misère physiologique qui cause tant de ravages dans l'organisme.

Que ces mêmes personnes s'exposent à un refroidissement quelconque ; elles pourront prendre une pleurésie et avec une facilité d'autant plus grande qu'elles n'auront pas la force nécessaire pour résister à l'évolution de la maladie.

Chez elles, il pourra survenir deux cas ;

1° Ou bien la maladie débutera franchement, et alors la douleur sera celle que nous avons trouvée dans toutes les pleurésies aiguës. La maladie peut bien s'arrêter et durer peu de temps, mais le plus fréquemment elle continue son chemin, elle s'éternise et tombe dans le domaine des pleurésies chroniques.

2° Ou bien la maladie sera chronique d'emblée, elle débutera sournoisement, sans point de côté violent.

Dans les deux cas, la douleur ne présente pas de point bien précis ; elle est diffuse, c'est-à-dire répandue sur tout le côté affecté.

Si la douleur présente quelque exagération, quelque acuité, ce n'est qu'au moment où le malade fait une longue inspiration ou essaie de tousser.

Enfin la maladie persiste : le liquide épanché, s'il y en a, peut bien se résoudre, mais lentement, et pendant ce temps les fausses membranes se forment dans la plèvre pour y séjourner.

Dans la pleurésie purulente, la douleur peut exister, comme ne pas exister, selon le cas.

Si la pleurésie purulente complique la pyohémie ou la fièvre puerpérale, son début, latent et insidieux, n'est marqué par aucun trouble fonctionnel qui éveille l'attention : il n'y a ni douleur de côté, ni oppression, et on ne reconnaît la maladie que si l'on songe à pratiquer l'exploration physique de la poitrine.

Si la pleurésie purulente succède à une pleurésie franche, elle se confond à l'origine avec celle-ci, et la purulente s'établit sans changement notable dans les symptômes : on y observe un point de côté semblable à celui de la pleurésie aiguë.

Souvent aussi, la pleurésie disparaît en plusieurs endroits pour porter toute son intensité sur un seul point ou elle devient enkystée.

Et le malade, toujours chétif et souffrant, traîne péniblement sa pleurésie bien longue à se résoudre.

Nous avons, salle 14, lit 12, un malade pâle, maigre, depuis bientôt trois ans, époque à laquelle il prit une pleurésie.

Il présente, au niveau de l'angle de l'omoplate, tous les symptômes d'une pleurésie enkystée, simulant, à s'y méprendre, tous les signes d'une grande caverne.

Il dit ne pas souffrir beaucoup. Cependant, si nous comprimons la poitrine à l'endroit malade, il paraît ressentir une douleur plus aiguë que dans aucune autre partie de la poitrine.

DES DIVERSES PLEURÉSIES CHRONIQUES

TUBERCULES

Dans un épanchement pleurétique consécutif à l'ouverture d'une excavation *tuberculeuse* dans le plèvre, l'absence d'une douleur violente est ordinairement la règle, parce qu'il existe déjà une inflammation chronique de la plèvre due au voisinage et à l'irritation des tubercules ; cependant le début de l'épanchement est annoncé ordinairement par une douleur assez aiguë.

GANGRÈNE PULMONAIRE

Dans les épanchements pleurétiques consécutifs à la communication d'une gangrène pulmonaire avec la plèvre, au moment où l'ulcération arrive à créer la fistule pleuro-pulmonaire, le malade sent une douleur du côté lésé, douleur qu'une application de ventouses ou de sangsues apaiseront, mais ne feront pas disparaître. Elle existera, tantôt augmentée, tantôt affaiblie jusqu'au moment de la mort.

PLEURÉSIES HÉMORRHAGIQUE

HÉMORRHAGIQUE SIMPLE

HÉMORRHAGIQUE TUBERCULEUSE

HÉMORRHAGIQUE CANCÉREUSE

Dans la *Pleurérie hémorrhagique simple* néonmembraneuse, le point de côté manque rarement; parfois le malade a été atteint d'une pleurésie antérieure, soit du côté opposé, soit du côté sain: dans tous les cas, la respiration et la percussion l'augmentent.

Rarement, il est assez peu marqué pour que le malade ait pu continuer son travail, et pour que l'épanchement soit abondant lorsqu'il vient consulter.

Dans la *Pleurésie hémorrhagique tuberculeuse*, le début est peu marqué, le malade ne vient consulter qu'après un temps plus ou moins long. Les douleurs sont ordinairement vagues, mal limitées, ambulantes, et offrent le caractère des pleurodynies passagères et multiples dont souffrent les tuberculeux.

Dans la *Pleurésie hémorrhagique cancéreuse*, le début est parfois brusque, subit. Un point de côté se manifeste au milieu des apparences de la santé. Parfois, c'est à la suite d'un refroidissement, d'un bain que le malade ressentira un pleurodynie. Mais si l'interrogatoire fixe ses souvenirs, il se rappelle que, depuis un certain temps, il toussait déjà. Le frisson est exceptionel. Le point de côté manque très rarement, et il offre souvent une durée et

une intensité insolites dans les cas où il ne relève pas d'un cancer.

Il existe déjà depuis un an, depuis trois mois ; enfin, il n'est pas rare de le voir se produire avec une grande vivacité au cours de l'épanchement entre les différentes ponctions. Il y a également, par suite de la compression nerveuse, des irradiations douloureuses vers le bras, le cou, que l'on ne rencontre pas dans la tuberculose.

Ailleurs, la formation de l'épanchement est lente et progressive; le début passe parfois inaperçu, lorsque c'est dans le cours d'une affection cancéreuse qu'apparaissent les signes de l'épanchement. Le début est insidieux: alors les douleurs sont vagues ; elles occupent le dos et consistent plutôt en une gêne de la respiration qu'en une véritable douleur localisée.

Cette gêne est parfois assez peu marquée pour que le malade ait pu pendant plusieurs semaines vaquer à ses occupations.

En un mot, le début de l'épanchement est souvent précédé par des symptômes mal caractérisés dus à la présence du cancer primitif auquel succède le cancer pleuro-pulmonaire.

Cependant, le point de côté finit d'ordinaire par se manifester, et c'est à ce moment que le malade vient consulter.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Entre le point pleurétique et les autres douleurs

DANS LES DIFFÉRENTES AFFECTIONS DE LA POITRINE.

Le point de côté ne se rencontre pas seulement dans la pleurésie : il fait partie du cortège de toutes les affections de la poitrine, telles que : simple contusion, fractures de côtes, maladies du foie, du cœur, pleurodynie, névralgie intercostale, pneumonie et autres maladies pulmonaires.

Voyons en quoi le point pleurétique diffère de tous les points douloureux qu'entraînent ces diverses affections.

Contusions. — Nous ne faisons que citer, en passant, les contusions qu'il est trop facile de distinguer d'avec la pleurésie.

Fractures de côtes. — Dans les fractures de côtes, le médecin trouve bien de l'oppression et de la dyspnée ; la toux et les fortes inspirations peuvent bien arracher des cris au malade ; mais si, en faisant tousser le malade, le médecin applique sa main sur la paroi thoracique, il sentira une légère crépitation, puis, enfin, le malade racontera qu'il a fait une chute.

Colique hépatique. — La pleurésie diaphragmatique et la colique présentent plusieurs signes semblables. En

effet, dans la colique, nous trouvons de la douleur au niveau du mamelon, au creux épigastrique, autour de l'ombilic, à l'hypochondre droit, sur le rebord des fausses côtes, à l'épaule droite, et à l'extrémité inférieure de l'omoplate.

Mais, contrairement à la pleurésie, l'accès est apyrétique ; il débute le plus souvent à la suite d'un repas, c'est-à-dire, au moment de la digestion, s'accompagne de vomissements et fréquemment d'ictère.

Maladies cardiaques. — Certains malades, dit Peter, atteints de myocardite chronique avec dégénérescence granuleuse du cœur, se plaignent d'une sensation pénible, profonde de « griffe, d'étreinte, d'entrave » à la contraction du cœur qui semble vouloir s'arrêter.

Ces points douloureux, le doigt les trouve au niveau destroisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux. Ils sont plus ou moins persistants, ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de frissons, et n'ont pas la violence de la pleurésie.

Angine de poitrine. — L'angine de poitrine est une affection nerveuse qui débute subitement par une douleur rétro-sternale, rayonne de là vers l'épigastre, l'hypochondre gauche, l'épaule, la partie interne du bras, va jusqu'au coude, et quelquefois jusqu'au petit doigt, se propage aussi au cou et jusqu'à la mâchoire inférieure. Voilà bien là, en effet, le trajet douloureux que nous avons signalé dans la pleurésie diaphragmatique. Mais dans cette dernière affection nous n'observons pas cette

violente sternalgie, accompagnée parfois d'une telle angoisse, d'une telle suffocation, qu'il vous semble que le malade va s'éteindre; c'est ce que les auteurs ont désigné sous le nom de « pause de la vie ».

De plus, le pouls est troublé, souvent petit, inégal ; le malade a des palpitations tumultueuses ; tous symptômes étrangers à la pleurésie diaphragmatique.

Névralgie intercostale.— Ne nous laissons pas surprendre, non plus, par ces malades qui se plaignent de douleurs de côté, en même temps que de palpitations de cœur.

Si nous les examinons attentivement, nous nous apercevons qu'ils sont anémiques, en même temps que névropathes, et en poursuivant nos recherches, nous découvrirons les trois points douloureux de la névralgie intercostale, signalés par Valleix.

Pleurodynie. — La pleurodynie, ou fausse fluction de certains médecins, est une affection tout à fait rhumatismale, portant sur les muscles pectoraux, grand dentelés, survenant ordinairement sans réaction fébrile. Si on promène le doigt sur le trajet nerveux, la douleur n'est guère augmentée, tandis que si on saisit à pleine main les masses charnues, le malade éprouve une sensation désagréable. C'est une douleur vive, lancinante, s'étendant en masse sur toute la surface musculaire.

Notons, toutefois, qu'il n'est pas rare de voir l'inflammation s'accompagner de fièvre, s'étendre des muscles à leur aponévrose, puis à la plèvre et donner lieu à de légers bruits de frottement.

Pneumonie. — La pneumonie se présente avec un point de côté. Cependant, il manque quelquefois, et Andral, dans ses Cliniques médicales, dit « qu'il n'y a de douleur dans la pneumonie que lorsqu'il y a pleurésie, et c'est le cas le plus ordinaire ».

En général, les malades n'éprouvent qu'une sensation de gêne et de malaise, une sorte de poids plus ou moins pénible : *Pectoris subest gravitas*, avait dit Arétée; mais jamais une véritable douleur. Ce qui faisait dire aux anciens, de la pneumonie, qu'elle entraîne plus de péril que de douleurs : *affert plus periculi quam doloris.*

De plus, elle est accompagnée, ordinairement, d'un frisson intense, lequel n'existe pas dans la pleurésie.

Y A-T-IL UN RAPPORT

ENTRE L'INTENSITÉ DE CETTE DOULEUR, LA GRAVITÉ DE LA PLEURÉSIE ET LA NATURE DE L'ÉPANCHEMENT ?

Nous n'avons malheureusement pas de faits pour toucher de près cette question, parce que la douleur observée chez les pleurétiques n'est pas toujours due à la plèvre, mais aux parois musculaires.

L'observation IV nous en offre un exemple. En effet, le malade, entré pour un violent point de côté à gauche, n'a vu la douleur s'atténuer qu'après l'application de trois vésicatoires; et cependant à l'auscultation, nous n'avons

pas trouvé de signes bien distincts, si ce n'est un peu de submatité et quelques bruits de frottement.

D'un autre côté, nous trouvons des pleurésies sèches d'une certaine gravité présentant des douleurs d'une moyenne intensité.

Exemple: Observation VII. — Le malade a eu une douleur assez aiguë, qui a à peine duré: une application de ventouses sèches a suffi à la lui enlever, et cependant la plèvre est malade, car nous trouvons à la percussion une matité très-étendue à gauche, à l'auscultation, de nombreux bruits de frottement. Les vibrations thoraciques ont à peu près disparu.

D'autres fois, il nous arrive de tomber sur de vastes, épanchements sans trouver de douleurs bien violentes.

Exemple: Observation XIV. — Le malade présente un épanchement double, plus important à gauche qu'à droite. La maladie se présente avec tous les signes d'une pleurésie sérieuse, frissons, matité très étendue, souffle à l'expiration, égophonie, bronchophonie, toux sèche, oppression, anxiété, et cependant la douleur ne présente pas une intensité en rapport avec celle de l'épanchement.

Les observations XVII et XVIII nous offrent un exemple encore plus saisissant d'épanchements considérables sans douleur vive et aiguë.

D'après ces quelques exemples, il nous semble très difficile de conclure à une règle sur les rapports qui peuvent exister entre la pleurésie et la douleur, car tantôt la douleur est forte et la maladie peu grave ; tantôt le

contraire existe, et c'est ce qui fait que nous nous rangeons de l'avis de Peter, qui veut que le point de côté soit, ou une pleurodynie des muscles pectoraux, intercostaux, etc., ou une névralgie, ou une névrite, ou une pleurite intense.

La maladie peut débuter par un quelconque de ces organes, et la plèvre n'être envahie que consécutivement ; comme nous le voyons chez ces individus, qui, après un refroidissement, commencent par avoir un rhumatisme des parois musculaires et ne présentent de bruits de frottement que plusieurs jours après le début de leurs souffrances ; car, chez eux, le mal n'a envahi la plèvre que par contiguité.

Selon que tel ou tel organe a été fortement saisi par le froid, la douleur est plus ou moins forte ; s'il y a du rhumatisme sérieux ou de violentes névralgies, la douleur peut être vive, sans que, pour cela, il y ait pleurésie grave.

Cependant, malgré toutes ces dissemblances, disons toutefois qu'il existe certaines règles générales.

Ainsi, par exemple, si une pleurésie débute avec fracas, fièvre intense, abattement et prostration du malade, la douleur a beaucoup de chances pour être aussi très vive.

Si la pleurésie survient avec des allures moins franches, si elle débute sournoisement et présente des irrégularités dans sa marche, la douleur sera, en général, peu vive.

Si, d'un autre côté, la maladie débute, soit chez un tuberculeux, soit chez un anémique, soit chez un strumeux

ou un alcoolique, si elle ne présente pas un état franchement inflammatoire, si elle doit se prolonger, s'enkyster, ou marcher vers la purulence, le point de côté suivra la marche de la maladie, c'est-à-dire qu'il sera à peine marqué et ne gênera que faiblement le malade.

DU TRAITEMENT.

Au premier rang des agents antiphlogistiques, destinés à combattre l'élément inflammatoire et la douleur pleurétique, se placent les émissions sanguines générales et locales.

Elles sont surtout indiquées quand la fièvre est très vive, l'oppression intense, et la douleur de côté très-aiguë.

On n'emploie guère aujourd'hui les saignées générales ; dans la première moitié de ce siècle, les médecins en jugeaient autrement, et pour nous en convaincre, nous n'avons qu'à lire les ouvrages de Bouillaud, d'Andral, Cruveilhier, Chomel, Louis.

Entre les mains de ces grands maîtres, les émissions sanguines apaisaient la douleur, et la faisaient disparaître cinq à six jours après le début de la maladie.

Depuis il s'est fait une réaction un peu trop exagérée contre le traitement par les saignées, et ce n'est pas sans raison que le professeur Peter s'élève contre l'abandon de la saignée, car, d'après lui, on abandonne trop volontiers le pleurétique à lui-même, ce qui favorise la formation de l'épanchement.

Oui, sans doute, l'emploi des saignées n'est pas toujours indiqué.

Ordinairement, il se présente deux cas : si le pleurétique se présente vigoureux et pléthorique, si la maladie débute avec impétuosité, si le point de côté est violent, vous pouvez saigner sans crainte.

Mais si la pleurésie a des allures moins bruyantes, si elle s'est développée chez un individu de constitution chétive, chez un diathésique, gardez-vous de saigner ; appliquez-lui des ventouses scarifiées, lesquelles agissent comme antiphlogistiques, et comme révulsifs et réussissent à faire disparaître le point de côté, quelque violent qu'il soit.

Si la douleur a des allures encore moins farouches, bornez-vous aux révulsifs simples, tels que les ventouses sèches.

Nous avons souvent remarqué le bien-être que procurait une application de ventouses sèches bien faite.

On peut appliquer également des sangsues : cette médication, quoique excellente, n'agit pas tout aussi rapidement que les ventouses scarifiées.

On emploiera également comme révulsifs les vésicatoires et les badigeonnages de teinture d'iode.

Sans avoir à traiter de la médication générale de la pleurésie, nous devons cependant signaler le traitement intérieur qui, par son emploi régulier, peut apaiser la douleur.

Du reste, la plupart des auteurs recommandent, lorsque la fièvre est peu marquée, et que la douleur est peu accusée, de s'en tenir aux simples révulsifs que nous avons déjà cités, aux dérivatifs intestinaux, drastiques

principalement, aux diurétiques, digitale, diète lactée, nitrate et acétate de potasse, et aux sudorifiques comme le jaborandi.

Néanmoins si la douleur persiste, que nous ayons affaire, par exemple, à la douleur d'une pleurésie diaphragmatique, qu'une médication active ne pourra débarrasser subitement, il faudra s'adresser au traitement palliatif, tel que piqûres de morphine, frictions belladonées, opium en pilules, etc.

On cite encore l'apaisement de la douleur par la thoracentèse.

Nous ne parlerons pas ici des moyens de traitement qu'employaient les anciens : nous en avons longuement parlé au chapitre de l'historique.

CONCLUSIONS

De l'importance de la douleur pleurétique dans le diagnostic.

Si nous résumons la thèse, nous voyons :

1° — Que la *douleur de côté* avait pour les anciens une grande valeur, et que, sous ce titre, ils désignaient toutes les affections thoraciques, la pleurésie et la pneumonie, et qu'il nous faut arriver jusqu'à Laennec et Andral, pour trouver une distinction bien nette entre ces deux maladies ;

2° — D'après les considérations que nous avons exposées au chapitre de l'anatomie-pathologie, nous concluons que la lésion qui occasionne la douleur, siège le plus souvent dans les nerfs, et que cette affection est plutôt une névrite ; mais que, cependant, le point douloureux variant dans de si grandes limites, nous sommes obligés d'admettre que le mécanisme de sa production diffère souvent, et que cette douleur peut être ou une névralgie, ou une névrite, ou une pleurodynie, ou que ces trois lésions peuvent exister ensemble ;

3° — Si nous donnons le résumé du chapitre qui traite du siège de la douleur dans la pleurésie aiguë, nous voyons

la douleur se manifester le plus souvent au niveau du mamelon, puisque sur 87 cas d'observations prises dans diverses cliniques, nous le trouvons 59 fois à l'endroit indiqué, mais qu'il peut aussi apparaître dans le creux de l'aisselle, sous l'une ou l'autre clavicule, le long du sternum, au niveau des fosses sus et sous-épineuses ;

4° — Le symptôme *douleur* dans la pleurésie, est un des signes les plus constants, puisque sur les 87 observations que nous avons suivies, nous ne le voyons que huit fois ;

5° — La durée de la douleur est des plus variables ; elle dépend surtout des allures plus ou moins vives de la pleurésie ; mais néanmoins, sa durée ordinaire varie entre trois et huit jours ;

6° — La douleur présente, quant à son intensité, des signes si différents, qu'il est impossible de donner des règles fixes ;

7° — En même temps que la fièvre, la dyspnée, la toux, l'oppression, apparaît aussi la douleur, qui est un symptôme fréquent de la période aiguë, et accompagne tous les signes du début de l'inflammation ;

8° — Dans la pleurésie diaphragmatique, la douleur se montre surtout au niveau du rebord des fausses côtes, suit le trajet du phrénique, se montre au niveau de l'insertion intérieure du scalène antérieur et jusqu'au moignon de l'épaule.

9° — Si la douleur peut ne pas se montrer, c'est dans ces pleurésies, dites latentes, à épanchement considérable.

10° — Dans la pleurésie chronique d'emblée, la douleur ne présente pas de point bien précis, elle est diffuse, c'est-à-dire répandue surtout le côté affecté.

11° — Dans le diagnostic différentiel entre le point pleurétique, et les autres douleurs thoraciques, nous constatons que ce point de côté a des symptômes complètement indépendants des autres douleurs.

D'après toutes ces considérations, nous pouvons conclure que si la pleurésie débute avec fracas, et fièvre intense, la douleur sera vive.

Si la pleurésie survient avec des allures moins franches, si elle atteint ou un tuberculeux, ou un strumeux, ou un alcoolique, le point de côté sera à peine marqué, et ne gênera que faiblement le malade.

D'un autre côté, nous pouvons admettre que, si la douleur n'a pas une importance très capitale, elle vient, néanmoins, très souvent en aide au clinicien, peut le mettre sur la voie de la maladie, et lui faire découvrir bien des symptômes qui auraient échappé à son œil, sans la présence du point de côté.

Souvent, en effet, dès le début d'une pleurésie aiguë, le point de côté est un des rares symptômes. Car à la percussion, vous ne constatez que de la submatité, et à la base seulement, et à l'auscultation, diminution à peine sensible du murmure vésiculaire ; mais le malade accuse une vive douleur, il respire difficilement, et il a déjà quelques frissons.

D'autres fois, les signes du début manquent complètement : on ne constate absolument qu'une douleur assez

violente et quelques légers frissons, et un peu de dyspnée. De ces quelques symptômes, vous pouvez déjà conclure qu'une pleurésie va survenir; car il n'est pas de point de côté, en dehors de la pleurésie qui s'accompagne ainsi de frissons et de dyspnée.

Il peut nous arriver souvent aussi de rencontrer des pneumoniques affectés d'une douleur très intense. Faut-il attribuer cette douleur à l'inflammation du parenchyme pulmonaire? Nous avons déjà vu en anatomo-pathologie, que des expérimentateurs avaient pu dilacérer des poumons de lapins sans leur arracher un cri.

Cette expérience qui nous démontre l'absence de filets nerveux dans le poumon, prouve aussi qu'il nous faut chercher plus loin le siège de la douleur, laquelle sera due à la coexistence d'une pleurésie.

Ainsi en règle générale, si un malade est atteint d'un violent point de côté avec fièvre et dyspnée, c'est qu'il a une pleurésie aiguë.

Dans la pleurésie chronique, les symptômes sont quelquefois très peu marqués, comme cela arrive chez des malades porteurs de pleurésies purulentes ou de pleurésies circonscrites et enkystées, où l'existence d'un souffle presque caverneux peut faire croire à une caverne.

Mais si vous interrogez le malade sur le début de son affection, et s'il vous dit que pendant quatre ou cinq jours, il a eu un point de côté avec dyspnée, vous avez beaucoup de motifs pour croire à une pleurésie.

Mais là où le point de côté a une importance réellement capitale, et devient utile pour le diagnostic, c'est

dans la pleurésie diaphragmatique où vous ne trouverez souvent aucun symptôme bien saillant, si ce n'est une véritable douleur, laquelle occupera les points que j'ai déjà indiqués plus haut.

Si cette douleur est accompagnée d'une dyspnée intense, si la face est grippée, et si, de plus, vous percevez quelques bruits de frottement, vous n'avez plus à douter de l'existence de la pleurésie.

OBSERVATION I

PLEURÉSIE SÈCHE.

Salle 14. Lit 14.

Pingault Paul, 19 ans, commissionnaire.

Du mois de décembre 1883 au mois de janvier 1884, le malade est allé à l'hôpital de La Rochelle, souffrant de chaque côté de la poitrine.

La douleur, localisée dans l'hypochondre, remontait de temps en temps jusqu'au niveau du mamelon. Elle était plus violente à droite, et s'accompagnait de dyspnée. La douleur n'a présenté d'acuité que pendant trois ou quatre jours, et persisté moins forte pendant quinze jours.

Après un mois de séjour à l'hôpital, le malade ne souffrant plus a demandé à sortir.

Il avait néanmoins conservé un peu de gêne de la respiration.

Ce bien-être relatif n'a duré que trois semaines, après quoi

les douleurs ont reparu, et le malade s'est enfin décidé à entrer à l'hôpital le 28 février 1884.

Le malade souffrait de tout le côté gauche ; mais le maximum de la douleur se trouvait à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon ; nous la trouvions encore au niveau des fausses côtes, au niveau de l'insertion inférieure du scalène antérieur, dans la région sus-scapulaire, jusque dans le plexus brachial.

Le sixième nerf intercostal était douloureux à la pression sur tout son trajet.

Le malade accusait aussi de la douleur au niveau de l'angle de l'omoplate. A droite, la douleur ne se montrait qu'au moment des fortes inspirations.

Percussion. A droite, submatité dans le tiers inférieur.

A gauche, matité dans le tiers inférieur, submatité dans les deux tiers supérieurs. Les vibrations n'étaient pas abolies.

Auscultation. Pas de souffle, ni d'égophonie.

A gauche, respiration obscure. Bruits de frottement.

OBSERVATION II

PLEURÉSIE PURULENTE DROITE DATANT DE QUATRE MOIS.

Salle 13. Lit 24.

Bourgoin Arnaud, 36 ans.

Début insidieux. Pas de point de côté précis. Douleur diffuse occupant toute la poitrine, ayant son maximum d'intensité au niveau de l'angle de l'omoplate.

Une ponction a déjà été faite : on a sorti un liquide ayant la couleur du chocolat.

OBSERVATION III

PLEURÉSIE DOUBLE AVEC ÉPANCHEMENT.

Salle 14. Lit 12.

Lages Louis, 26 ans, boulanger.

Entré le 18 novembre 1883 pour rhumatisme blennorrhagique. Il prit une pleurésie à l'hôpital, à la suite d'un bain froid, le 20 janvier 1884.

Il éprouva à cette époque, à droite, une douleur lancinante, au niveau du septième espace intercostal.

Le malade se frictionna et la douleur diminua.

Le point de côté se transporta alors à gauche, dans un point symétrique, mais cette fois plus violent, surtout au moment de l'inspiration.

La douleur a disparu à gauche, tandis qu'elle a persisté à droite.

OBSERVATION IV

PLEURÉSIE SÈCHE GAUCHE

Salle 12. Lit 4.

Pierre Auguste, 21 ans. Entré le 18 décembre 1883, pour un violent point de côté qui le prit subitement au niveau des septième et huitième espaces intercostaux, au-dessous du mamelon. Trois vésicatoires ont fait disparaître la douleur.

OBSERVATION V

PLEURÉSIE GAUCHE DE MOYENNE INTENSITÉ.

Salle 13.

Gragnon Henri, 22 ans. Entré le 17 mars 1884 ; se plaignait depuis quinze jours, d'un point de côté au niveau du rebord des fausses côtes à la partie moyenne et jusqu'à l'hypochondre.

Cette douleur s'étendait en arrière.

Elle augmentait le matin.

Cette douleur fut calmée à son entrée par des ventouses.

On constata à son arrivée :

En avant : Submatité en bas.

En arrière : Matité dans les deux tiers inférieurs — Abolition des vibrations thoraciques, — Egophonie, — Pectoriloquie aphone, — Souffle léger.

Quelques frottements au niveau de la ligne de matité.

OBSERVATION VI

PLEURÉSIE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT ABONDANT.

Salle 14. Lit 26.

Roc Jean, 23 ans. A été pris, le 15 avril 1884, de douleurs violentes sous le mamelon et au niveau du rebord des fausses côtes, et sous la clavicule, s'étendant parfois à tout le côté de la poitrine. Ces douleurs ont persisté avec la même

intensité pendant huit jours, et les huit jours suivants avec une violence moindre.

Remarquons que deux ou trois jours après le début, il existait du côté droit une douleur aiguë qui a duré peu de temps ; on ne constatait pas d'autres symptômes de ce côté.

OBSERVATION VII

PLEURÉSIE SÈCHE GAUCHE.

Salle 14. Lit 8.

Fournier Edmond, 25 ans. Entré à l'hôpital le 15 février 1884.

Le 4 février, le malade fut pris de malaise et d'une douleur assez intense dans le flanc gauche, à quatre travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Cette douleur dura peu; mais le 15 février, elle revint accompagnée de frissons et d'oppression.

OBSERVATION VIII

PLEURÉSIE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT.

Salle 14. Lit 29.

Hilaire Antoine, 48 ans. Entré le 26 janvier 1884. Le malade se plaignait d'oppression et d'une violente douleur au niveau du rebord des fausses côtes ; en avant, cette douleur devenait surtout aiguë, lorsque le malade faisait un effort.

Elle suivait plusieurs directions, particulièrement en arrière, longeant le rebord des fausses côtes, s'étendait dans la région hypogastrique, jusque sur la crête iliaque.

La douleur a duré dix jours, jusqu'à l'application d'un vésicatoire.

OBSERVATION IX

PLEURÉSIE DATANT DE TROIS MOIS.

Salle 5. Lit 21.

Estangt Marie, domestique, 15 ans. Entrée le 22 avril 1884.

Douleur au niveau du rebord des fausses côtes, en arrière, et au niveau de l'épaule.

Matité à droite, moitié inférieure. Submatité gauche, tiers inférieur. Egophonie légère et diminution du murmure vésiculaire à droite.

25 avril. — La douleur dure depuis trois jours. Une application de ventouses sèches n'a pas suffi à la calmer ; elle paraît, au contraire, plus intense.

OBSERVATION X

PLEURÉSIE SÈCHE DROITE. CAS LÉGER.

Giraud Antoine, 48 ans. Entré le 27 février 1884.

Se plaint depuis quatre jours d'un point de côté au niveau du mamelon.

Cette douleur a duré sept jours, sans intensité très prononcée.

OBSERVATION XI

PLEURÉSIE SÈCHE DROITE.

Salle 14. Lit 20.

Meyescaye Jean, 40 ans, diabétique.

A eu pendant dix jours un point de côté sous l'aisselle s'étendant jusqu'au mamelon et à l'angle de l'omoplate. Le douzième jour, la douleur persistait quoique moindre.

OBSERVATION XII

PLEURO-PNEUMONIE DROITE.

Salle 5.

Arène Marie, 22 ans.

3 mars 1884. Depuis 15 jours, la malade est affaiblie, et a craché du sang. Elle avait de la fièvre, tous les soirs, toussait la nuit principalement.

Percussion. Submatité au sommet droit, matité à la base.

Auscultation. En arrière, souffle, froissements pleuraux Bronchophonie.

14 mars 1884. Augmentation des vibrations thoraciques. Douleur intermittente.

La malade a gardé, depuis le début et pendant huit jours, un point de côté sous le sein, et en arrière, au niveau de l'angle de l'omoplate.

8 mars. Le point de côté existe, et ne se manifeste que lorsque la malade tousse.

20 mars. Souffle intense. Bronchophonie, égophonie. Diminution des vibrations thoraciques.

Douleur en ceinture, au niveau du rebord des fausses côtes et en avant. Pas de douleur en arrière.

OBSERVATION XIII

PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE DROITE.

Salle 19. Lit 5.

Trevis Jean, 45 ans. Fut pris le 18 mars de douleurs en ceinture, le long des fausses côtes, mais principalement à droite.

La douleur se propage le long du phénique et se manifeste au niveau des insertions inférieures du scalène et sur l'épaule.

Fourmillement dans tout le bras droit.

OBSERVATION XIV

PLEURÉSIE DOUBLE AVEC ÉPANCHEMENT.

Salle 5.

Alice Renaud, 19 ans.

Entrée le 24 mars 1884. Prise depuis quinze jours de douleurs continues à la région épigastrique, présentant de temps

en temps de violents élancements. Cette douleur la prit subitement le 19, au niveau du sixième espace intercostal. La malade présente plusieurs points douloureux.

A gauche. Douleur au niveau du rebord des fausses côtes, suivant le trajet du phrénique, atteint aussi l'épine de l'omoplate.

A droite. Même douleur, et, de plus, scapulalgie.

27 mars. La douleur persiste avec la même intensité.

28 mars. Une application de huit ventouses sèches a apaisé la douleur.

OBSERVATION XV

PLEURÉSIE TRÈS LÉGÈRE, PLEURODYNIE

Salle 14. Lit 14.

Le malade a été pris subitement d'une douleur violente à droite, au niveau de l'angle de l'omoplate, s'irradiant dans divers sens, et principalement jusqu'à l'acromion.

Douleur au niveau de la colonne vertébrale.

L'état aigu de ces douleurs a duré deux jours.

OBSERVATION XVI

PLEURO-PNEUMONIE DROITE.

Salle 14. Lit 11.

Blanquié Jean, menuisier, 28 mars. Entré le 5 mai 1884.

Douleur depuis huit jours, violente pendant les efforts de toux et les fortes inspirations.

L'expuition est très difficile.

La douleur est localisée à cinq travers de doigt au-dessous du mamelon. Elle s'étend en ceinture, en suivant le trajet du nerf.

Douleur excessivement mobile, allant quelquefois jusqu'à l'angle de l'omoplate, et en haut, en arrière, dans la goutière costo-vertébrale.

Souvent aussi, elle apparaît en arrière au niveau du rebord des fausses côtes.

Très souvent elle disparaît pendant dix à quinze minutes, pour reparaître avec violence.

Tantôt aiguë, tantôt supportable, cette douleur a duré onze jours.

La pression augmentait cette douleur.

La piqûre légère ne donnait rien, ni le massage des parois musculaires.

Pour éviter les paroxysmes de la douleur, le malade préférait se coucher sur le ventre.

Couché sur le côté droit, le malade souffrait moins et respirait mieux.

Six ventouses ont suffi à calmer la douleur.

OBSERVATION XVII

PLEURÉSIE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT ABONDANT.

Salle 14. Lit 28.

Dupouy, 26 ans.

A eu en Afrique un refroidissement, à la suite duquel est survenu un épanchement abondant.

Matité occupant les deux tiers de la poitrine. Souffle, égophonie, pectoriloquie aphone. La pointe du cœur battait à droite, en dehors et au-dessous du mamelon.

Le début de la pleurésie date de deux ans. Le malade revenu dans ses foyers a pu vaquer à ses occupations.

A son entrée à l'hôpital, on lui a fait une ponction, par laquelle on a retiré sept litres d'un liquide séro-purulent, et il reste encore du liquide dans sa plèvre.

Au début de sa maladie, Dupouy a eu des douleurs thoraciques qui ont duré trois mois.

Ces douleurs étaient intermittentes et disparaissaient quelquefois pendant sept à huit jours.

Elles n'étaient pas très violentes.

Elles se manifestaient surtout vers le septième espace intercostal.

OBSERVATION XVIII

PLEURÉSIE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT ABONDANT.

Salle 14. Lit 4.

Millaud, 22 ans.

La maladie a débuté depuis deux ans. La pointe du cœur bat à droite, au niveau du mamelon.

On perçoit, au niveau des espaces intercostaux, des battements isochrones à ceux du pouls, symptôme de l'empyème pulsatif.

On fait une ponction, par laquelle on retire cinq litres d'un liquide séro-purulent, mais plutôt purulent.

On n'enlève pas tout le liquide.

Le malade raconte qu'au début de sa maladie, il a eu pendant trois mois, au niveau du septième espace intercostal, une douleur intermittente.

OBSERVATION XIX

PLEURÉSIE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT.

Salle 14. Lit 23.

Théo Daniel, 60 ans. Entré depuis un mois à l'hôpital.

On trouve par la percussion en arrière, une matité complète.

Une submatité en avant dans les deux tiers du poumon.

Les vibrations thoraciques sont complètement abolies.

Auscultation. — On n'entend pas le murmure vésiculaire.

On perçoit quelques bruits de frottement. Pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone.

A eu, pendant quinze jours, une douleur peu violente, au niveau du mamelon et du creux épigastrique.

Cette douleur ne se manifestait réellement qu'au moment des fortes inspirations.

OBSERVATION XX

PLEURÉSIE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT

Datant d'un mois et demi.

Salle 14. Lit 8.

Coffre Jean, 20 ans.

A eu, au début de sa maladie, un violent point de côté au niveau du septième espace intercostal, lequel a duré quatre jours.

Vu bon à imprimer :

Le Président de Thèse,
Dr P. VERGELY.

Vu : *Le Doyen,*
Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,
OUVRÉ.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie. — Du crâne en général.

Physiologie. — De l'effort.

Chimie. — De l'eau pure et des eaux naturelles.

Histoire naturelle. — De la fleur dans les phanerogrames, sa norphologie générale.

Pathologie externe. — Des varices.

Pathologie interne. — Des altérations anatomiques dans les fièvres graves.

Pathologie générale. — Rôle du système nerveux dans les inflammations cutanées.

Histologie et Anatomie générale. — Tissu conjonctif.

Anatomie pathologique. — Gangrènes en général et gangrène pulmonaire.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de lithotritie.

Pharmacologie. — Des bains médicinaux.

Matière médicale. — Du musc et de son origine.

Thérapeutique. — Des alcoloïdes de l'opium.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Des outrages publics à la pudeur. De la pédérastie.

Accouchements. — Des effets de la syphilis sur la femme enceinte et sur le fœtus.

Bordeaux.— Imp. A. Bonnot, 30, place Pey-Berland.

BORDEAUX
Imp. A. Bonnot
30, place Pey-Berland